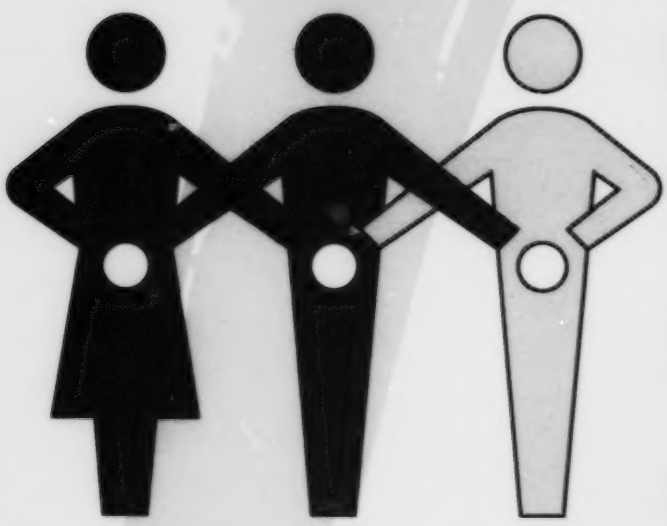


CARING FOR EACH OTHER

THE PEOPLE OF ONTARIO RESPOND TO ALCOHOL AND DRUG TREATMENT PROBLEMS

Ontario

George Mammoliti, M.P.P.
Chair, Task Group
Public Consultation
on the Advisory Committee
Report on Drug Treatment

1991

ISBN-0-7729-8665-7

November 19, 1991

The Honourable Frances Lankin
Minister Responsible
for the Anti-Drug Strategy
80 Grosvenor Street, Hepburn Block
10th Floor
Toronto, Ontario
M7A 2C4

Dear Minister:

We are please to submit to you the report "Caring For Each Other: The People of Ontario Respond to Alcohol and Drug Treatment Problems".

This is the summary of the public consultations carried out by the Parliamentary Assistants' Task Group, on the report, *Treating Alcohol and Drug Problems in Ontario: A Vision for the 90's".*

Sincerely,

Mr. George Mammoliti, M.P.P. Yorkview
Parliamentary Assistant
to the Minister Responsible
for the Anti-Drug Stategy
Chair

Dr. Robert Frankford, M.P.P. Scarborough East
(former Parliamentary Assistant
to the Minister of Health)
Vice-Chair

Mr. George Dadamo, M.P.P. Windsor-Sandwich
Parliamentary Assistant
to the Minister of Transportation

Mr. Gordon Mills, M.P.P. Durham East
Parliamentary Assistant
to the Minister of the Solicitor General

.../over

Mr. Derek Fletcher, M.P.P. Guelph
Parliamentary Assistant
to the Minister of Consumer
and Commercial Relations

Ms. Sharon Murdock, M.P.P. Sudbury
Parliamentary Assistant
to the Minister of Labour

Ms. Margaret Harrington, M.P.P. Niagara Falls
Parliamentary Assistant
to the Minister of Housing

The Honourable Fred Wilson
Minister of Government Services
(former Parliamentary Assistant
to the Minister of Correctional Services)

Mr. Randy Hope, M.P.P. Chatham-Kent
Parliamentary Assistant
to the Minister of Community and Social Services

Mr. David Winninger, M.P.P London South
Parliamentary Assistant
to the Minister Responsible for Native Affairs

Mr. Tony Martin, M.P.P. Sault Ste. Marie
Parliamentary Assistant
to the Minister of Education

92-04288/

CARING FOR EACH OTHER

The People of Ontario Respond to Alcohol and Drug Treatment Problems

TABLE OF CONTENTS

Acknowledgements	Page 2
Chair's Comments	Page 3
Introduction	Page 4
Summary of Public Response	Page 7
Public Response to the Advisory Committee Report	Page 10
Issues Raised by the Public	
• Remote and Rural Areas	Page 37
• Role of the Workplace	Page 38

APPENDICES

Parliamentary Assistants' Task Group Members	A
Schedule of Public Forums	B
Minister's Advisory Committee Members	C
Highlights and Recommendations: *"Treating Alcohol and Drug Problems in Ontario: A Vision for the '90s"*	D
Name and Affiliation of Submissions	E
Glossary of Terms Used in Report	F

ACKNOWLEDGEMENTS

This acknowledgement cannot begin to do justice to the efforts of the many individuals and organizations that contributed to the work of the Task Group on Drug Treatment. A list of those who made verbal or written submissions to our committee is provided in the appendix.

Garth Martin, Chair, and Linda Bell, Dr. Lina Charette, Grant Lowery, Dr. Don Pierson, Wanda Smith and Dr. Eugene Stasiak, all of the Advisory Committee on Drug Treatment, travelled with the Task Group, providing authoritative support and background for the Task Group and the public. Many thanks.

The guidance of Jon Kelly, Director, and the staff of the Provincial Anti-Drug Secretariat was invaluable. Mary Shantz, Policy Manager, was guide, counsellor, conscience, editor, organizer, trouble shooter and friend to the Task Group. Christine Avery, Executive Assistant, distributed reports, compiled the agenda of presenters and provided guidance to those wishing to make submissions to the group. Thank you all.

Our thanks to Elizabeth Guccione, Senior Communications Officer, Ministry of the Solicitor General, who provided expert editing advice.

Corporate Events Management Inc., MarketLink Communications, and Frazer Kelly and Associates are all deserving of our thanks as well. Jacqui Peake of Corporate Events and Patricia Trusty travelled with the Task Group throughout and were invaluable resources throughout the consultation process.

We are grateful that the Ministry of Health took great interest in the tour. Our thanks to Elaine Bishop, Robin Daly, Barbara Dominic, David Hodson, Barbara Sims and Stephanie Zilinski, Community Program Consultants with the Community Mental Health Branch, for joining us in the communities that fall within their jurisdiction. Special thanks to Steve Lurie, Mental Health and Addictions Coordinator, and Larry Till, Executive Assistant to the Parliamentary Assistant, for joining us and providing their guidance throughout the consultation tour.

We gratefully acknowledge the efforts of District Health Councils and local offices of the Addiction Research Foundation for their organizational help and overview of local treatment services provided to the Task Group in each of the communities we visited. We would also like to thank Debrah Newman, Superintendent, and David Maben, Coordinator of Treatment Services, for their invaluable help organizing the Task Group's visit to the Ontario Correctional Institute.

The work in preparation done by the participating ministries and secretariats; the effort of the parliamentary assistants' staffs; the participation, interest and assistance of Michael Brown, MPP, Algoma-Manitoulin; Christel Haeck, MPP, St. Catharines-Brock; Frank Miclash, MPP, Kenora; Mark Morrow, MPP, Wentworth-East; Kimble Sutherland, MPP, Oxford; Brad Ward, MPP, Brantford, are deeply appreciated by the Task Group.

The Committee would like to give special recognition to Bill McBain for his commitment and dedication throughout the consultation process. We would like to commend him for the organization and coordination of the entire public consultation tour. For his tireless efforts and endless hours of hard work, we thank him.

To all those people, at public forums across Ontario, who contributed their ideas, their expertise, their time, and their compassion - thank you.

CHAIR'S COMMENTS ON THE PUBLIC FORUMS ON "TREATING ALCOHOL AND DRUG PROBLEMS IN ONTARIO: A VISION FOR THE '90s"

The Task Group of Parliamentary Assistants set out on February 15, in Kitchener, to seek public response to the recommendations contained within the Advisory Committee report, *Treating Alcohol and Drug Problems in Ontario: A Vision for the '90s*. Readers will find within these pages a distillation of 275 submissions received by the committee during the consultation.

The committee was very much affected by the consultation process. We met with people across the province, from a diversity of situations, backgrounds and environments. Virtually all of these people struggled daily with the tragedy of addiction as doctors, counsellors, recovering addicts and alcoholics, or they had struggled with the addiction of friends and family or with the memory of having grown up in a family coping with the addiction of a parent. There were many others who faced or dealt with these problems in other ways.

The Task Group listened not only to clinical and academic responses to the Advisory Committee report, but to the emotion, pain and hope of people living and working daily with these problems. The *Vision for the '90s* report was seen by many of these people as a blueprint for change.

Having toured the province, I do not believe that any member of our committee does not now feel an urgency and commitment to changing our addiction services. The members of this committee have developed an emotional understanding, in addition to a intellectual knowledge, of the impact of addiction.

Consultations of this sort are not new, but their value to government and to the public must continually be stressed, and their greater frequency encouraged. Consultation, dialogue, debate and criticism must be never ending. The Advisory Committee report, and this summary of the public's responses to it, should not be seen as definitive documents on addictions treatment, but rather as part of an ongoing process. We must continually listen and be challenged.

The consultation was memorable. To all who were a part of it, thank you for the experience. May it continue.

George Mammoliti, M.P.P. Yorkview
Parliamentary Assistant to the Minister
Responsible for the Anti-Drug Strategy
Chair, Task Group

CARING FOR EACH OTHER

The People of Ontario Respond to Alcohol and Drug Treatment Problems

INTRODUCTION

On December 19, 1990, the Advisory Committee on Drug Treatment released its 200-page report, *Treating Alcohol and Drug Problems in Ontario: A Vision for the '90s*. The report contained 30 major recommendations for creating a more responsive, efficient, and cost-effective Ontario-based alcohol and drug treatment system.

The following report is a summary and synthesis of the response of the people of Ontario to *A Vision for the '90s*.

The Advisory Committee on Drug Treatment, made up of 11 recognized experts in the addictions field, and chaired by Garth Martin of the Addiction Research Foundation, was appointed on March 20, 1990. Its mandate was to examine existing methods of treatment for drug dependency, recommend future treatment services and priorities, propose more effective use of existing programs, and identify research needs.

In order to provide an opportunity for all concerned groups and members of the public to respond to the report, the Honourable Mike Farnan, Minister Responsible for the Anti-Drug Strategy, asked his Parliamentary Assistant, George Mammoliti, to chair 13 public forums throughout Ontario. A Task Group of Parliamentary Assistants from nine ministries and two secretariats concerned with these issues held forums between February 17 and April 29, 1991, to solicit responses to the recommendations of the Advisory Committee report.

In announcing the commencement of the public consultation process, Mr. Mammoliti stated, "I believe it is important that all voices are heard on the effective use of our resources, especially in a time of economic constraint, in order that addiction treatment in Ontario is both accessible and responsive to the needs of all our residents."

In order to give as many people as possible throughout the province the opportunity to respond to *A Vision for the '90s*, a comprehensive two-pronged strategy was undertaken.

Letters of invitation to participate in the public consultation process were mailed to individuals, the First Nations, self-help groups, educators, medical professionals and hospitals, community groups, municipal clerks and others, as well as agencies and organizations providing assessment, referral and treatment services to substance abusers. Follow-up phone calls were then made to further ensure participation.

The media assisted to further inform the public of the opportunity to participate and respond to the report. Media releases announcing each public forum were sent to over 640 print and electronic media in the province. Regional and local media were also informed of the upcoming event through a calendar listing, public service announcement, an advertisement and personal communication to urge them to publicize to their communities the date, location and method of participation.

More than 1,000 copies of A *Vision for the '90s* were initially distributed to organizations, agencies and individuals when the report was released, and an additional 1,500 copies were made available during the public consultation process.

Oral presentations were made to the Task Group on a scheduled "by appointment" basis, and all interested parties unable to present orally were asked to provide written submissions to Mr. Mammoliti by the first week of May 1991.

From the outset, it was made clear that the purpose of the public consultation process was to give concerned people in Ontario the opportunity to respond to the recommendations in the report.

The public consultations were launched on February 15, 1991, at Kitchener, Ontario, by the Honourable Mike Farnan. Subsequent public forums were held in London, Windsor, Toronto, North York, Kingston, Ottawa, West Bay, Sudbury, Thunder Bay, St. Catharines, and Kenora. Concerned that the Task Group also hear views of people in the correctional system, Mr. Mammoliti called for a joint hearing with staff and residents of the Vanier Centre for Women and the Ontario Correctional Institute at OCI, Brampton, on April 29, 1991.

All oral presentations were audiotaped for further consideration and reference. French translation was available at officially designated bilingual locations.

By the end of the public consultation process on April 29, 1991, 173 oral presentations had been made to the Task Group and 245 written submissions had been sent to Mr. Mammoliti. There were 275 organizations and individuals, in total, who responded to the report. The names and affiliations of all who submitted their views are listed in the appendix.

Every submission was carefully reviewed and given consideration in preparation of this summary report, which reflects an overview and consensus of opinion of those who responded to *A Vision for the '90s*.

CARING FOR EACH OTHER

The People of Ontario Respond to Alcohol and Drug Treatment Problems

SUMMARY OF PUBLIC RESPONSE

The government was congratulated for promptly seeking public input to the report *Treating Alcohol and Drug Problems in Ontario: A Vision for the '90s.* The report itself received broad support from those who presented to the Task Group. Presenters demonstrated, throughout the consultation process, deep concern for current problems and commitment to improving Ontario's alcohol and drug treatment services.

The following is a summary of the responses from the people of Ontario to *A Vision For the '90s.*

I. Strong and Widespread Support for the Framework and Major Recommendations of *Vision for '90s* Report.

There was consensus that the report is an excellent framework for enhancing and revitalizing treatment services for persons with alcohol and drug abuse problems in the province. With few exceptions, presenters urged speedy implementation of the report's major recommendations. Implementation should, however, reflect regional circumstances, experience and expertise. Many organizations and agencies offered their support and assistance in implementing the recommendations.

II. Strong Disapproval of Out-of-Country Spending

With few exceptions, there was strong disapproval of the millions of dollars being spent for treatment of alcohol and drug problems in the United States, tempered by the recognition that treatment services are lacking in many areas of Ontario.

OHIP funds now spent in the U.S. should be appropriately redirected to develop and expand treatment services in the province. In doing so, the government should consider the special needs of rural, remote and northern areas of the province.

Access to treatment in the U.S. should be phased out in proportion to the expansion of provincial treatment facilities, and should not be restricted where specific services are not available in Ontario, or are not accessible in a timely manner.

In the interim, a review of services offered in the U.S. should be undertaken, criteria established, and a referral process developed to curb obvious abuses to the existing system. Assessment and referral agencies should be given funding, resources and guidelines to undertake this referral process.

III. Ensuring Accessibility

Treatment services must be accessible, and options for treatment must be flexible. The capacity to respond immediately to an individual's call for help is critical. All residents of Ontario, irrespective of culture, language, race, religion, gender, age, sexual orientation, social or economic status, and physical or psychological condition must have access to appropriate services when in need.

IV. General Agreement for the Shift in Emphasis from Traditional Addiction-Specific System to Broader Sectors in Society

There was widespread support for outpatient programs in generic settings and for a shift in emphasis from the traditional addiction-specific system to broader settings, enhancing opportunities for early identification and intervention in such areas as hospitals, schools and correctional facilities. A shift in emphasis must include meeting the funding and training needs within such settings.

V. Views on Treatment Approaches

There was debate over the efficacy of different approaches to treatment during the consultation. Some presenters believed that the report was biased toward a medical treatment model and gave little attention to self-help, non-medical models of treatment.

VI. Residential vs. Non-Residential Treatment

Organizations and individuals providing services for youth and for people with severe substance addictions believed that residential treatment was the best option for these people, removing them from settings that contribute to the problem.

Parents dramatically illustrated their difficulties in finding help for children. Not only is there a lack of treatment facilities, but also an inability among many health care professionals to recognize the presence of alcohol and drug addiction.

There is a need for enhanced identification and intervention training in generic settings and in the community at large. The province should establish a central information registry, accessible to the public, to give direction to assessment, referral and treatment resources. Treatment services in Ontario should be widely advertised.

There is a serious lack of appropriate treatment for youths under the age of 16. Age divisions, designated by ministries, are too arbitrary. Treatment must be flexible to allow adolescents at this crucial age to be referred to the treatment services most appropriate for their emotional development.

VII. Provincial and Local Coordination and Setting of Priorities

Treatment services must be coordinated at the provincial and local levels to provide maximum care in a cost-effective manner; a provincial body be responsible for treatment coordination and funding; and treatment priorities should be reviewed and existing services strengthened rather than "re-inventing the wheel of treatment" (Kitchener, February 15).

VIII. Workplace Initiatives and Self-Help Groups

The workplace is a primary setting for identifying and intervening in alcohol and drug problems, many presenters pointed out. Labour representatives asked the Task Group to consider endorsing a proposal that the government legislate that Employee Assistance Programs be mandatory in the workplace.

Employee Assistance Programs, self-help groups,

community and charitable organizations that assist people with alcohol and drug problems must be given greater attention than they were in the Advisory Committee report.

IX. First Nations People

First Nations delegations asked that decisions regarding the policies, priorities, programs, methods and funding for treatment of drug, alcohol and inhalant abuse be made by relevant native organizations.

First Nations submissions supported the report's recommendation that treatment programs be culturally appropriate and that they be developed, directed and administered by First Nations people within a government-to-government relationship with the province.

Additional funding and training are urgently needed in order to address the high incidence of inhalant, alcohol and drug problems among native people. The problem of inhalant abuse requires immediate attention.

The province must work closely with the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) to ensure that these issues are addressed in a manner that is supportive of First Nations needs and goals.

X. Special Needs Groups Require More Consideration

The recognition of HIV/AIDS patients as a unique group needing special attention was strongly supported, as was the prevention of HIV infection related to drug use. Advisory Committee recommendations addressing HIV prevention must be immediately implemented.

Special consideration must be given to specific sectors of the population, including women, elderly people, those with dual disorders, ethnocultural groups, street youth and homeless persons. Of considerable concern was the omission from the Advisory Committee report of reference to the special needs of persons with disabilities.

The Ministry of Correctional Services should implement assessment and treatment programs for offenders, both within its facilities and through accessibility to community-based programs.

Faith groups have an important role to play in early identification, prevention and education, as well as counselling through chaplaincy services.

XI. Northern, Remote, and Rural Areas Have Unique Needs

Treatment system policy and change must reflect the experience of northern Ontario and remote and rural areas, where a serious lack of services and long waiting lists for treatment exist. There are major barriers in service delivery because of geographic isolation. The high levels of substance abuse in northern communities has not been adequately addressed. The unique service delivery problems and special needs of rural communities are also not given adequate attention in the Advisory Committee report.

Many other issues of concern were brought forward by those making both oral and written presentations to the

Task Group, and these are covered fully in the following review of public responses to the recommendations of the Advisory Committee report.

PUBLIC RESPONSE TO THE ADVISORY COMMITTEE REPORT

CONCEPTUAL FRAMEWORK OF ALCOHOL/DRUG USE AND ABUSE

(Chapter 2 - *A Vision for the '90s*)

Recommendation I

The Committee recommends that comprehensive assessments and evaluations of treatment outcomes for individuals with alcohol and drug problems include procedures to systematically and objectively appraise: 1) alcohol and drug consumption; 2) alcohol and drug dependence, and 3) alcohol and drug-related problems.

This recommendation was strongly supported by those responding to *A Vision for the '90s*. In fact people in the treatment field stressed that the recommendations could be even more explicit and far reaching in its objectives.

In particular, it was emphasized that a common, standardized language and a common understanding of assessment were essential, in order to allow different organizations to use each other's assessments. Furthermore, people working on the front lines of addictions treatment should be involved in developing these standardized and comprehensive assessment tools.

"Current assessment tools do not adequately explore the history of abuse experienced by the individual."

Program Director, Addiction Services of Nipissing, North Bay.

Addictions professionals felt that current assessment tools did not fully take into account the factors that contribute to alcohol and drug use, such as physical, psychological, emotional and sexual abuse. These factors should be included in the treatment plan. A director of an Alcontrol Home in Kitchener-Waterloo, for example, estimated that as many as 80% of women who come to Alcontrol have been sexually abuse.

TREATMENT SYSTEM VISION

(Chapter 3 - *A Vision forthe '90s*)

Recommendation II

The Committee recommends that its vision of a treatment system for alcohol and drug problems become the basis for a revised Provincial policy for the planning and development of treatment services for individuals with alcohol and drug problems in Ontario.

Almost without exception, there was strong, widespread and almost unanimous endorsement of the general directions of a *Vision For the '90s*. It was further recommended that a steering committee be struck to plan and guide the improvement of alcohol and drug treatment services in Ontario, using the framework of the report as a blueprint.

However, it was also pointed out, repeatedly, that this was not the first report ever issued concerning alcohol

and drug treatment problems in Ontario. Now was the time for government to move forward with the speedy implementation of the report's recommendations.

"Without a commitment from government...for adequate funds for implementation of the recommendations, improved inter-ministerial coordination and cooperation, and the development of the entire continuum of care, the efforts of the Advisory Committee on Drug Treatment will have been wasted, and the consumer will continue to be undeserved".

Executive Director, Alcohol and Drug Treatment Centre, Niagara.

A MAJOR HURDLE: TREATMENT IN THE UNITED STATES

Recommendation III

a) The Committee recommends the amendment of Section 57, regulation 452 of the Health Insurance Act to permit the imposition of severe restrictions on OHIP reimbursement for treatment of alcohol and drug problems in the U.S.

b) The Committee also recommends the redirection of funds currently spent on U.S. treatment to the expansion and development of cost-effective services in Ontario.

c) We further recommend that the imposition of these restrictions be phased in to coincide with the expansion of Ontario services.

This recommendation received almost unanimous support from presenters before the Task Group.

People were angry that millions of dollars are being spent in the United States for treatment of alcohol and drug problems of Ontario residents. They questioned the aggressive marketing techniques of some U.S. treatment facilities. They also questioned the ethics of referral agencies here in Canada and suggested that severe restrictions, or even a ban, be placed on the referral agencies that receive "head hunter" fees, which can range from $100 to $3,000 per person.

"People wouldn't seek treatment in the United States if quick, affordable treatment was accessible in Ontario".

Vice-president, Employee Assistance Program Association, Toronto

Throughout the province presenters urged that access to U.S. treatment not be shut off before there is adequate expansion of Ontario services to meet urgent and immediate needs for treatment.

One Toronto father spoke of his overwhelming sense of "panic, helplessness, and anxiety" when searching in vain for a treatment program for his 17-year-old son, who was addicted to crack cocaine and diagnosed as manic depressive and suicidal. Referred immediately to a U.S. treatment program for adolescents, today his son is not "cured, but he is making "tremendous progress."

Access to out-of-province treatment should be managed on the basis of availability of services in Ontario, urgency of assessed need, and geographic accessability. For example, Fort Frances in northwestern Ontario is located a considerable distance from treatment facilities within the province, but is minutes from a treatment centre located across the border in International Falls, Minnesota. The unique needs of northern and rural communities must be addressed when considering

access to out-of-province treatment and the expansion of services in Ontario.

Funding similar to the Northern Travel Grant for medical care should be made available to those needing treatment for addiction.

Presenters agreed that current payment for treatment in the U.S. should be used to expand alcohol and drug treatment facilities in Ontario.

Funds should be directed toward achieving a full spectrum of treatment, allowing flexibility for innovation and experimentation in treatment approaches which would reach particular groups or deal with unique situations.

Standardized, comprehensive assessments would ensure that referrals to out-of-province facilities are appropriate, made by professionals trained in assessment and referral, or by doctors who have specific expertise in the area of addictions.

GUIDING PRINCIPLES
APPLICATIONS OF THE VISION

Recommendation IV

The Committee recommends that the Ministry of Education make funds available to implement early intervention programs in schools.

Presenters to the Task Group fully supported this recommendation for early identification and intervention for addictions problems in the school setting.

There were, however, many suggestions as to how the recommendation might be strengthened:

- Identification and intervention should begin at pre-school age.
- Care-givers — parents, guardians and daycare workers — should be trained to recognize signs that could indicate families at risk for alcohol and drug abuse. This training should be developed in coordination with appropriate ministries.
- Early intervention in the schools would require in-depth groundwork — putting into place the right training and evaluation processes, linkages with outside service agencies and resources, and setting of specific responsibilities, all to be consistent with prevention efforts already within the mandate of the Ministry of Education.
- Essential to any substance abuse program in the schools, several educators pointed out, is a course which would help young people improve their decision-making skills -how to refuse drugs and yet keep your friends.

The Task Group heard from a school board that has hired full-time Drug Awareness Resource Teachers for each high school. This Board has shown extremely positive results in reducing alcohol and drug use among students.

"If there are treatment facilities in Ontario, then doctors, police, hospitals and educators should know about them. When you need help and information, you need it immediately."

Parent, Wheatley citizen whose son went to Kansas for treatment

Experience with the school system is not always a positive one for some families, a paediatrician from Kitchener pointed out. In these cases, neighbourhood organizations might be more useful in reaching families who may be vulnerable to substance abuse.

INTERVENTION IN HOSPITALS

Recommendation V

a) **The Committee recommends that the Minister of Health make funds available to implement early intervention and case finding programs in general hospitals.**

b) **We further recommend that appropriate variations of this approach be developed for, and implemented in, psychiatric, paediatric, and other specialized hospitals.**

Presenters agreed that the hospital setting was an important focal point for early intervention, but a number of concerns were expressed.

- Funds would be required to enhance addictions training of both physicians and nurses and to hire specialized staff.
- The civil liberties of individual patients must be respected. Patients should not fear drug testing and questioning about drug use and drinking habits as an admission requirement.

"There need to be counsellors in these generic settings who are trained in the highly specialized skill of intervention".

Executive Director, Addiction Intervention Alcohol Recovery Homes, Brockville

Both hospital personnel and community workers testifying before the Task Group asked other questions: Would community agencies have to compete with hospitals for scarce treatment funds? Would hiring additional staff to do treatment assessment and intervention reduce the hospital's cost-effectiveness? Looking at the bottom line, would traditional hospital needs take priority over addictions treatment in the hospital's decision-making process?

ELIMINATING THE DISTINCTION BETWEEN HOSPITAL-BASED AND COMMUNITY-BASED SERVICES

Recommendation VI

a) **The Committee recommends that the Ministry of Health (MOH) eliminate the arbitrary distinction between "hospital-based" and "community-based" services to give more equitable consideration to the most appropriate location of treatment programs on the basis of cost-effectiveness and efficiency considerations.**

b) **We further recommend that the MOH establish mechanisms to ensure that non-residential treatments in hospitals have fair and equitable access to the pool of funds available for alcohol and drug programs.**

This recommendation was strongly supported. Community programs, many presenters argued, were less costly and as effective as most hospital-based programs, and should have equal access to funds.

"OHIP excludes coverage of many of the excellent treatment facilities already available in Ontario".
Substance Abuse Co-ordinator, Canadian Automobile Workers, Windsor

Critics of this recommendation argued that eliminating the distinction between hospital and community programs might make it more difficult for the community to compete with the hospital for the same funds. The fear is that community treatment programs may get 'swallowed up' by the already pervasive 'medical model' of alcohol and drug treatment.

CRIMINAL JUSTICE SYSTEM

Recommendation VII

The Committee recommends that all offenders in the provincial correctional system with alcohol and drug problems have access to appropriate assessment and treatment programs. To ensure that this can occur, we further recommend:

i) **that the Ministry of Correctional Services establish alcohol and drug treatment programs in Community Resource Centres (C.R.C.) as a community option for low-risk offenders;**

ii) **that the Ministry of Correctional Services expand alcohol and drug assessment and treatment programs within its treatment institutions for offenders who are not yet suitable for a community option;**

iii) **that the Ministry of Correctional Services fund training and staffing to ensure that continuing care and case management functions are provided within probation and parole services;**

iv) **that the Ministries of Health and Correctional Services collaborate to identify mechanisms by which incarcerated individuals, offenders under probation or parole, and ex-offenders could make more extensive use of community assessment and treatment programs;**

v) **that community treatment programs review their admission criteria and make any necessary revisions to ensure that ex-offenders and current offenders in community options have equitable access to treatment programs;**

vi) **that the Ministry of Correctional Services fund training programs to ensure that these new or expanded treatment services are effectively delivered.**

"80 to 85% of all those incarcerated in the correctional system have a substance abuse problem".
The John Howard Society, Sudbury

Groups in the community that have worked with offenders, ex-offenders and substance abuse, hailed this recommendation as "timely" and "excellent," and asked for its immediate implementation. In addition they suggested:

- There should be coordination between federal and provincial substance abuse programs to ensure they complement each other.
- Major increases in staff time, training, and financial resources would be required to provide treatment to clients in the system.

Service providers from the community pointed out that follow-up treatment is especially difficult because few offenders take part in treatment programs once they

are released. This could be achieved by providing treatment and follow-up programs in halfway houses. Offenders who have been diagnosed with dual disorders of mental illness and addiction would also require specific community- based services.

"Recovering from alcoholism was a result of the judge, corrections and the treatment centre in that I was sent for treatment, rather than to jail".
Recovering Alcoholic, Brockville

Other presenters before the Task Group said that the judicial system has a potentially productive opportunity to intervene in substance abuse. For people involved in offenses related to substance abuse, the court should make treatment a condition of probation or order an assessment before an offender is sent to a correctional institution.

The Correctional System

The need for services for men and women in the correctional system was of particular concern to the Task Group. A special forum was held at the Ontario Correctional Institute in Brampton on April 29,1991, allowing the Task Group to hear directly from the residents and correctional staff at OCI and the Vanier Centre for Women.

Staff at these institutions agreed in principle with the Advisory Committee's Recommendation VIII that treatment services in correctional institutions should be improved. However, there are two major barriers to this improvement: lack of space for treatment facilities and lack of financial resources.

Several male residents spoke of experiences which reinforced the Advisory Committee's recommendation for improving early identification and intervention in hospital settings. Hospital emergency departments, they said, frequently ignore or turn away people who present with alcohol and drug problems. These residents suggested that an emergency department assessment team could work with these people, referring them to help or treatment.

A high percentage of people in correctional facilities have substance problems, yet few facilities in the province have treatment services available to residents. Residents told the Task Group that they recognized the benefits of the treatment they were receiving at OCI, and they urged that more specialized staff be employed by the ministry to help inmates with addictions.

"Rather than having a person sit out their time, it should be used to educate the person about substance abuse and to offer an opportunity for treatment."
Resident, Ontario Correctional Institute, Brampton

During the sentencing process the judicial system should determine whether the offence is related to substance abuse, and if so, the offender should be referred for assessment in the community or the correctional system.

Addictions treatment should be stipulated as a condition of probation for first-time offenders with substance abuse problems, said OCI residents. Although they had heard that offenders were being referred for treatment, it is rarely available.

The process of admission to treatment facilities should be changed so that offenders enter directly from the courts, rather than being admitted through institutional incarceration.

One resident was sure he would not now be in a correctional facility if he had received treatment, and even though two judges had recommended treatment for him, he still had to fight to get into treatment at OCI.

The smuggling of drugs into correctional facilities was discussed at length. Presenters agreed with strong steps being taken to stop the flow of drugs, though they believed treatment for offenders was the most effective way to stop drug use.

Residents and staff were concerned with the lack of options for those being released from either OCI or the Vanier Centre for Women. In both facilities, residents are encouraged to discuss their problems and work towards solutions, but when they leave, they often enter an indifferent community. Community Resource Centres (CRC) or more halfway houses could provide relapse prevention counselling and help them feel more secure in their lifestyle.

The women residents from Vanier Centre, in particular, emphasized the need for better release planning. Most felt they have nowhere to go upon release from the facility. The majority of presenters had used heroin and urged that methadone treatment be more readily accessible as a preferred option to returning to heroin use.

They also asked for more intensive and structured treatment with additional specialized staff, and that opportunities be provided for more advanced treatment following completion of the Vanier programs. The women asked for treatment that would help them with every aspect of their lives; skills which would enable them to live without drugs.

Residents and staff also felt there should be better communications between services in the community and Community Resource Centres. It was recommended that all organizations having contact with former residents should seek input from OCI in order to provide continuity of care.

Staff from both institutions made a number of suggestions for improving addictions treatment in correctional facilities. Funding should be available to provide addictions-specific training for Correctional Officers who work closely with residents in a case management role. Specialized staff are available, but there are 200 residents under their care at OCI. Thus, it is often the Correctional Officer who deals with the residents in most of the crisis situations.

Assessment should be part of staff training so that all Correctional Officers are familiar with addictions problems. Programs should be made available at the college and university levels for Correctional Officers.

Treatment staff members informed the Task Group about work being done at the institution: the potential benefits of large-group psychological therapy, research into motivational variables and abuse of different substances, as well as training and maintenance of newly learned life skills.

A recurring theme at the public forum held at OCI was that more options should be made available to young offenders. Treatment models which are appropriate for adults may inappropriately force children to accept adult responsibility.

HIV PREVENTION PROGRAMS

Recommendation VIII

The Committee recommends that the Ministry of Health give high priority to a comprehensive, multi-faceted HIV prevention program which should include support for needle and syringe exchange programs.

Recommendation IX

The Committee recommends that all alcohol and drug treatment programs designate a staff member as "HIV Coordinator" to be responsible for : 1) the implementation of prevention strategies; 2) the development of policies and procedures concerning the treatment of individuals with HIV infection; and 3) staff development and training for all staff.

Recommendation X

a) **The Committee recommends that treatment programs develop a comprehensive HIV/ AIDS prevention program within their service considering the following key elements, depending on the population being served: 1) information; 2) counselling regarding safer sex and safer drug use; 3) condom distribution; 4) sterile water and bleach kit distribution; and 5) needle and syringe exchange.**

b) **We further recommend that treatment programs review their admission criteria and make any necessary revisions to ensure that individuals who are HIV positive have equitable access to treatment.**

There was wide-spread recognition that HIV patients were a unique group needing special attention and that preventing HIV infection due to drug use was of paramount importance. The designation of one staff member as HIV coordinator in all treatment centres was particularly welcome to some presenters: not only essential to the education, training and prevention process within the centre, the coordinator could also improve communication between the treatment facility and outside organizations representing people with AIDS.

Critics of needle and syringe exchange worried that such programs would appear to condone the continued use of drugs. Others suggested that encouraging abstinence was not sufficiently highlighted in the Report.

TREATMENT EFFECTIVENESS

(Chapter 4 - *A Vision for the '90s*)

Measures of Treatment Success

A central idea of the Advisory Committee report was that there should be a broad range of measures of treatment success beyond a simple "cure or failure." In other words, abstinence is not the only measure of success, nor are relapses always an indication of treatment failure.

This idea met with a mixed reception from a few presenters, although many respondents agreed that

treatment effectiveness could also be evaluated on the basis of improving self-sufficiency, reducing harm, and enhancing mental, physical and spiritual well-being.

This was not a palatable option for several respondents, who felt that abstinence was the only gauge of success.

Referring to people who continue to use drugs or alcohol, one presenter stated, "Their problem has not been arrested nor are they ready to become a contributing member of society".

A member of the Advisory Committee, present at one of the public forums, clarified the Committee's advocacy of harm reduction as one gauge of treatment success. "We want to start to move away from an either - or situation and recognize that people do have problems in the recovery process with relapse. This should not be considered as a failure of the treatment program."

Effective Treatment Programs

Effective treatment programs must include medical, psychological, psychiatric, social, cultural and spiritual aspects, the latter not necessarily pertaining to religion. As important, the individual's rehabilitation must include working with his or her family.

"Holistic healing should involve the individual, family and community".

Native representative, Flying on Your Own Program, Fort Frances

Self-Help Groups

Members of groups such as Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous and Cocaine Anonymous pointed out that self-help groups are mentioned only briefly in the Advisory Committee report, and that their substantive role in the continuum of care was overlooked. They proposed further research into the role that self-help groups play in complementing the work of professionals in the community, schools, and in correctional institutions.

"Concerns with cost-effectiveness of appropriate and effective treatment would indicate a need for, and support of, self-help groups as an integral part of continuity and quality care."

Coordinator, Family Addictions, Elliot Lake Family Life Centre, Elliot Lake

Representatives from treatment facilities such as The Renascent Centres, which base treatment on AA methods, told the Task Group that their methods are not only cost-effective but also meet with a high degree of success. Increased funding for their programs would increase the number of residential treatment beds in every area of the province, they argued. Other non-profit community-based organizations involved in self-help activities advocated recognition and financial support for their treatment facilities as well.

Residential Treatment

Concern was expressed about the perceived bias in the report against residential treatment programs, and the shift of emphasis to more cost-effective outpatient and short-term treatment. "Opinions in the report," said one presenter, "seem to be based on research pre-

selected to prove a prior opinion that outpatient treatment is just as good as residential treatment and more cost-effective."

"Non-residential treatment is not a viable option in the north because of the environment and the distance".

Addictions Counsellor, St. Joseph's Health Services, Lake of Woods Hospital

It was felt that the Committee did not consider the value of alternative long-term residential treatment such as therapeutic communities which have been effective in working with some serious substance abusers. Nor did it give recognition to other non-traditional approaches, such as acupuncture.

OVERVIEW OF THE ONTARIO TREATMENT SYSTEM AND CURRENT GAPS IN SERVICE

(Chapter 5 - *A Vision for the '90s*)

Recommendation XI

The Committee recommends significant expansion of treatment services in Ontario across the full range of the continuum of care, with particular emphasis on the development of multi-functional centres.

Respondents clearly confirmed Advisory Committee findings that there are serious gaps in service in the Ontario alcohol and drug treatment system, and significant sectors of the population underserved or even without service.

Specific concerns about service gaps are discussed under the heading 'Special Populations'. They include lack of appropriate treatment services for elderly people, First Nations people, persons with disabilities, francophones, the homeless, women, ethno-cultural groups and dual disorder clients.

"If you're looking for cost-efficiency, re-inventing the wheel of treatment is not it"

Representative, Labour Community Services, Waterloo

A major concern was that new programs would be created at the expense of existing treatment facilities and services. It was pointed out repeatedly at public forums throughout the province that viable treatment programs and services are already in place in Ontario. These programs need to be enhanced and expanded to provide full accessibility and a full spectrum of treatment to Ontario residents. Most of the respondents urged that service providers take part in planning any expansion of the treatment system. District Health Councils asked that expansion take into account the service needs addressed by local DHCs.

Treatment for substance abuse already being carried out in the community - through self-help groups, Employee Assistance Programs, or volunteer organizations - needs to be recognized as an integral part of the existing addictions-specific treatment infrastructure, and should share in any expanded funding.

Of particular concern is an urgent need for a full spectrum of alcohol and drug treatment services in rural, northern and remote areas. An expansion of treatment services must consider geographical factors.

OUTPATIENT VS. RESIDENTIAL CARE

Recommendation XII

a) The Committee recommends that priority be given to the expansion of outpatient services across the Province.

b) Consistent with Recommendation XI we further recommend that in the planning and funding of outpatient services, priority be given to locating outpatient services in:

i) assessment and referral centres

ii) settings currently providing residential treatment; and

iii) generic settings, such as youth services, hospitals and correctional facilities currently caring for a large number of individuals with drug and alcohol problems.

Recommendation XIII

a) The Committee recommends the development of other flexible, non-residential treatment options, such as day or evening treatment.

b) Consistent with Recommendation XI we further recommend that in the planning and funding of such services, priority be given to locating these services in:

i) existing outpatient services

ii) settings currently providing residential treatment; and

iii) generic settings, such as youth services, hospitals and correctional facilities currently caring for a large number of individuals with drug and alcohol problems.

Presenters in general were highly in favour of the expansion of outpatient services across the province, and the development of other flexible, non-residential treatment options as outlined in Recommendation XIII. Many presenters were quite clear in their concern that the expansion of outpatient services should not come at the expense of residential treatment.

"There will be a need to educate the public about the usefulness of outpatient care, so that it will be seen as a viable option to residential care".

Executive Director, Niagara District Health Council, St. Catharines

As well, it was pointed out that expanding services outside the addictions-specific system must be coordinated to avoid fragmentation or duplication of services.

While respondents generally agreed that outpatient treatment is cost-effective and appropriate for a majority of clients, there were reservations about expanding the role of hospitals too quickly, particularly in programs for adolescents, without first ensuring that trained staff and specialized treatment were in place.

In public forums held in northern or rural communities, presenters pointed out that outpatient services and day or evening treatment in these more remote communities would not be practical because of distances and lack of transportation.

Several presenters went further in their criticism of this recommendation: research evidence selected by the Advisory Committee reflected a bias against residential treatment. These critics recommended that a literature review be done to compare the effectiveness of outpatient and residential care without a perceived bias that may be dollar-driven.

The Advisory Committee had not consulted the people "who knew best" — the consumers or recovering addicts —one Elliot Lake respondent pointed out. A local survey showed that a majority of recovering addicts in Elliot Lake had attributed their treatment success to residential treatment.

The concept of developing flexible, non-residential services, especially in generic settings, was widely endorsed, with the proviso that there should still be a recognition of the need for both short-term and long-term residential services.

"Specialized addictions-specific services have a place in the treatment system, but there should be greater emphasis on multiple treatment options and more cost-effective outpatient approaches".

Canadian Centre on Substance Abuse, Toronto

Even while endorsing this recommendation, several presenters had reservations:

- Integrating flexible, non-residential treatment options within existing residential treatment settings could take already limited staff resources away from treatment goals and into supervision or policing roles.
- Sufficient resources and staff specialized in the field of addictions would be required for the development of flexible options such as day and evening treatment in generic settings.

YOUTH

Recommendation XIV

a) The Committee recommends that priority be given to the establishment of 4-6 regional, multi-functional centres (including outpatient, day treatment and residential services) for youth up to age 25. Establishing such centres may involve the designation of, or collaborations among, existing services provided that differential assignment of all clients to the range of treatment options is assured.

b) The Committee further recommends that:

i) each of the regional centres include a residential program for youth aged 16-25; and

ii) one of the centres include a residential program for children and adolescents up to age 18.

Judging from the number and seriousness of the people speaking to the Task Group on issues of youth addiction, the urgency of this problem warrants immediate attention.

Presenters called for the immediate establishment of residential, multi-functional centres for youth to be located in regions throughout the province. In fact, some people who are now running residential treatment programs urged the government to restructure existing

specialized treatment centres into multi-functional centres as quickly as possible. Other presenters questioned whether the four (4) to six (6) centres recommended by the report would provide adequate accessibility. Until the numbers needing treatment are fully known, these presenters felt it may be premature to place a limit on multi-functional centres for youth.

Residential treatment was crucial for some adolescents, many presenters stated, since young people can be overwhelmed by a complex set of situations which may be the underlying causes of substance abuse. These troubled young people often come from "dysfunctional, substance abusing, abusive families," a youth counsellor from Ottawa told the Task Group. "They are frequently incest survivors, plagued with suicidal ideation and feelings of failure and resignation."

People applauded the notion that these residential centres for youth would be located in regions throughout the province, which would facilitate family involvement and ensure follow-up aftercare. But because of Ontario's size, aftercare facilities should also be established in appropriate satellite communities.

The Task Group repeatedly heard pleas for an expansion of treatment services for youth, with emphasis placed on the serious gap in services for children under the age of 16.

Inconsistencies about the mandates and responsibilities of the ministries which provide services to youth complicate planning, funding and delivery of treatment for drug and alcohol problems. Arbitrary age distinctions make for seriously inappropriate groupings, for treatment purposes, of teens with older adolescents or young adults.

Presenters supported the report's recommendation to allow clinical discretion in placing youth into treatment groups by overlapping two distinct age grouping: up to 18 and 16-25: this would give treatment staff the flexibility to place young people in programs appropriate to his/her level of maturity.

"Artificial age distinctions are not appropriate. Children don't suddenly become adults when they reach the age of 16."

The Task Group was told that the most vulnerable age group, those under the age of 18, often falls between the cracks in matching needs and finding treatment. Moreover, this is a group which requires a variety of approaches to address differing circumstances and environments. Innovative approaches that are inviting and non-threatening would encourage youth to seek treatment - in summer camps, for example, or walk-in clinics in shopping malls. Outreach programs must be developed for young people in detention, group and maternity homes, other respondents said, and treatment should involve family and other people who are important in the life of the child or adolescent.

Frequently, presenters echoed a recurring theme of the Advisory Committee report: teachers, counsellors and parents must be educated to recognize signs and symptoms that may indicate alcohol or drug abuse. This idea was brought home dramatically to members of the Task Group by one mother, who told of her frustrated search for help for her 14-year-old daughter, who, she would learn much later, was already heavily

involved in drugs. "In one day I was told by one expert that I was too strict and by another that I was too lenient. I saw a counsellor in the morning who said I was too domineering, and another in the afternoon who gave me a book on being more assertive . . . Over and over, I asked the question, `Do you think that she is on drugs?' Repeatedly, the answer was adamantly, `No!'"

Street Youth

Presenters reinforced the need for special, non-structured approaches for delivering services to street youth.

"These people will not bring their substance abuse problems, their worries about having acquired AIDS through dirty needle usage, to hospital clinics, doctors' offices, or school guidance personnel".

Ottawa Youth Counsellor

Creative approaches are needed to intervene effectively with street youth, including appropriate educational services provided in the street setting. In addition, presenters told the Task Group that more halfway houses and rehabilitation programs are required to help these young people in the recovery or post-treatment process, to help them re-integrate more effectively into the community.

Presenters reinforced the idea that treatment centres should provide programs of varying length and approaches in order to deal with the emotional and psychological problems of these young people. Approaches for street youth should also reflect local considerations. For example, an approach that is effective in large urban centres would not necessarily be appropriate for rural areas or small communities

ASSESSMENT AND REFERRAL CENTRES

Recommendation XV

The Committee recommends expanding the capacity of assessment and referral centres through the establishment of new programs, where needed, and the expansion of existing centres. Consistent with Recommendation XII, the role of assessment and referral centres should also be broadened to include outpatient services.

While there was agreement that assessment and referral centres should expand their programs to include outpatient services, there was also concern that this might bring about a conflict of interest.

If assessment/referral centres become involved in treatment, it was feared that their primary role of matching clients to appropriate treatment might not be done impartially. Priority might be given to using the centre's own treatment services, rather than those most appropriate for the client.

CONTINUITY OF CARE

Recommendation XVI

The Committee recommends that planning and funding bodies give greater priority to "continuity of care" in funding new and expanded services, with particular emphasis on the provision of "continuing care" and "case management" services.

Again and again, respondents before the Task Group reiterated their support for the principle that continuity of care and case management services were essential components in the provision of treatment services.

"We must build a system which provides the entire spectrum of services from early identification to aftercare," the medical director of a Toronto hospital told the Task Group. "Such a system has the potential to become extraordinarily complex . . . Thus, the addicted person may need a "guide" — in professional terms, a case manager — to assist her to access the right services at the right time."

DETOXIFICATION CENTRES

Recommendation XVII

a) The Committee recommends the expansion of detoxification centres with priority given to approaches more suited to small urban centres, rural and remote areas.

b) The Committee further recommends that the Ministry of Health, in collaboration with the Addiction Research Foundation and other stakeholders, revise the mandate of detoxification centres consistent with their role in the treatment system, the heavy use of drugs other than alcohol, the multiple physical, psychological, and social needs of the intoxicated person, and the on-going need for staff training.

This recommendation received unanimous support from the public appearing before the Task Group, with many suggestions and additions for strengthening and expanding the role of detoxification centres.

Community-based, non-medical detox centres which include outpatient services are needed in almost every area of the province, to provide detoxification for a variety of drugs in addition to alcohol. Presenters placed specific emphasis on the needs of rural areas and small urban centres. Detoxification centres should also be allowed autonomy and flexibility to develop innovative approaches, including culturally appropriate services.

"In some towns in the north, the local detoxification centre is the hospital emergency ward, or the jail".
Chairperson, Alcohol Program Advisory Committee, Red Lake

It was recommended that a legislative amendment be made to remove the requirement that detoxification centres must operate within the organization of public hospitals.

RECOVERY HOMES

Recommendation XVIII

The Committee recommends that the Ministries of Health and Community and Social Services, in collaboration with Alcohol and Drug Recovery (Home) Association of Ontario (ADRAO) and other stakeholders, conduct an operation review of recovery homes to address: 1) problems related to funding; 2) variable geographic needs; and 3) existing approaches to service delivery. The result of this operational review should include recommendations concerning appropriate recovery home models and mechanisms to ensure fair and equitable funding.

The Task Group heard from a number of managers of recovery homes who outlined the services provided to

their clientele and the need for continuing funds to operate their programs. Individuals who had benefited from stays in recovery homes also spoke before the Task Group. Their underlying message: recovery homes provide an important alternative in the treatment system. Only when they had the opportunity to be with others recovering from alcoholism, said more than one man, did they recognize their own problem — the first step in their recovery process.

"There needs to be more focus on support systems, whether peer groups, agencies, or recovery homes".
Counsellor, Kingswood Recovery Program

Because recovery homes and halfway houses are acutely underfunded, particularly in large urban areas, there are excessively long waiting lists for care.

Addictions treatment and recovery facilities should be completely removed from the high-cost hospital system. Instead, independent non-profit organizations providing recovery services could be funded under the provisions of the Independent Health Facilities Act.

Representatives from First Nation communities asked that there be consultation with native people for the development of a system of recovery homes based in or near their communities.

METHADONE TREATMENT

Recommendation XIX

The Committee recommends that the Ministry of Health, in collaboration with the Addiction Research Foundation and other stakeholders, give priority to planning and implementing an expansion of methadone treatment services.

Respondents before the Task Group found this recommendation — the use of methadone as a treatment option for heroin addicts — to be one of the most controversial in the Advisory Committee report. The question was explored at length by the Task Group in discussions with presenters.

People's opinions varied from endorsement of non-use, to criticism of the narrow focus of the recommendation, to the employment of methadone as a viable option for treatment of opiate users.

The use of methadone was criticized by some as replacing one drug with another, merely "servicing a social aim in keeping addicts out of trouble." The Task Group was advised to look at alternative models for addressing treatment of heroin addicts and other polydrug users.

Other presenters believed that methadone maintenance may be appropriate for some opiate addicts — though not all — and should be viewed as one component of the entire spectrum of care for serious drug abusers. Those in favour of this recommendation believed that methadone could play a valuable part in the recovery process with selected clients, in a controlled environment under strict supervision, and with counselling to deal with the underlying causes of the addiction.

CENTRALIZED INFORMATION AND REFERRAL SYSTEM

Recommendation XX

The Committee recommends the establishment (within existing treatment centres) of regional, computer-linked information and referral centres to provide information to the public concerning where and how to access the treatment system.

There was overwhelming agreement that this recommendation should be implemented as soon as possible. The inability to find information about treatment was underscored repeatedly, particularly by parents, who told the Task Group about their difficulties in finding help for their children.

A centralized referral bureau and bed registry would provide better client-program matching, especially on a geographical basis. It was also recommended that treatment services in Ontario be advertised.

"We need accurate information on existing programs, their availability and with appropriate client profiles".
Coordinator, YMCA Youth Substance Abuse Program

A member of the Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario told the Task Group that their organization is currently looking at the feasibility of establishing a central bed registry, and asked that the government tap into all possible existing areas of expertise, coordination and service before deciding to adopt a recommendation which might result in unnecessary and costly duplication.

SPECIAL POPULATIONS

(Chapter 6 - *A Vision for the '90s*)

A *Vision for the '90s* recognizes that for certain populations in Ontario with unique characteristics and needs, treatment for alcohol and drug problems may be both inaccessible and inappropriate. A number of presenters were upset by the label 'subpopulation', and made their views quite clear.

In a number of Ontario communities, people appearing before the Task Group had not had the opportunity to read the full Advisory Committee report, and therefore based their presentations on the information contained in the "Highlights and Summary of the Recommendations." Many of them thus believed that special or unique treatment needs and related issues had not been adequately addressed by the Advisory Committee. Their comments and concerns add weight to the Advisory Committee's findings and highlight the urgent requirement of "program planners to carefully consider the adequacy and appropriateness of existing services ... in determining local service priorities."

Many presenters pointed out that the report gave little attention to groups such as the elderly and people with disabilities.

NATIVE PEOPLE

Recommendation XXI

a) The Committee recommends that the Ministry of Health and NNADAP increase the funds available for culturally

appropriate treatment for Natives with alcohol and drug problems across the full spectrum of the continuum of care;

b) **We also recommend that the MOH produce and distribute clear and explicit guidelines concerning the mechanism for access to provincial funds for treatment services for Natives;**

c) **We further recommend that the MOH clarify the role and responsibilities of the Ministry's Native health coordinator vis-a-vis treatment services for alcohol and drug problems and that this position be responsive to, and an advocate for, Native drug and alcohol programs.**

Recommendation XXII

The Committee recommends that the MOH and NNADAP in collaboration with First Nations and other relevant training resources give high priority to the development and funding of a plan of action to provide training and professional development for all Native treatment staff.

Both of these recommendations were endorsed by native and non-native people alike. But it was also noted there was very little direct input in the Advisory Committee report from the native perspective and that the recommendations were non-specific. Self-determination was a major theme heard in all public forums, but especially at those held in Thunder Bay, Kenora, and West Bay: native people want to determine their own policies, priorities, and methods for treating drug and alcohol problems in their own communities, and to determine, also, how funding for these programs should be spent.

"In the north, hospitals and treatment services lack funding to provide culturally appropriate staffing for native patients. Of key concern is the language barrier, where English is a second language. Cultural differences can cause misunderstanding between caregivers and the client, and a misdiagnosis can result".

Staff, St. Joseph's Health Service, Lake of the Woods Hospital, Kenora

The Advisory Committee was commended by delegations from First Nations for recognizing that treatment for native people should be culturally appropriate, and that it should preferably be provided by trained native people themselves. "I believe treatment should be based on native culture and values, i.e., on the sweat lodge, native healing, smudging ...," said a Mohawk woman from Tyendinaga Mohawk Territory. In other words, as another native woman wrote from the Oneida of the Thames Nation in Southwold: " ...treatment must fit the native people instead of the native person fitting and adjusting to treatment methods."

But a note of caution was also advanced by several people: there is no one homogeneous native tradition. "We may all be natives — Iroquois, Cree, Ojibway ...," wrote a member of the Six Nations Band, "however, our cultures and traditions are unique and all very different."

Several presenters also pointed out that not all First Nations people would choose culturally-based programs. "There has to be a flexible range of treatment available. Not all would benefit from a traditional native approach," said a resident of the Christian Island Indian reserve. In particular, presenters spoke about the burgeoning growth of native communities in

urban settings, estimated now to be as much as one-half of Ontario's native population. There is an urgent need to address the specific problems of addictions among these urban native people, and it was suggested that trained native staff in Friendship Centres throughout the province could play an important role in aftercare.

"The epidemic proportions of the inhalant abuse problem in the north must be recognized, and all government ministries combine forces to deal with it."

Director, Services for Inhalant Abusers using Traditional Methods, Lake of the Woods District Hospital, Kenora

Many respondents pointed out that the Advisory Committee Report neglected one of the most urgent problems in native communities — that of inhalant abuse of young people. This needs priority attention and funding, these same presenters urged. A submission from the head of psychiatry and the director of social services at Lake of the Woods District Hospital in Kenora placed the problem in dramatic perspective: "Many children develop dependency on solvents from the age of 6 or 7 and continue to sniff a variety of substances through their teens and twenties — chronic abuse produces severe toxic encephalopathies. These conditions can produce effects on judgement and behaviour with impulsiveness, violent acts directed at themselves or others."

With respect to training, it was suggested that a centralized facility be considered for in-service education of professional native addiction workers.

The Task Group heard from a number of native organizations involved in successful treatment programs, such as Flying on Your Own in the Fort Frances area, OH-SHKI-BE-MA-TE-ZE-WIN INC, and the Sacred Circle of the Ojibway Tribal Family Services in the Kenora region. Additional recognition and funding of such self-directed programs would expand the scope of care and treatment among native peoples in their communities, which have an abundance of alcohol and drug abuse and related problems.

"The elders and healers in the native communities must be recognized and legitimized in the eyes of the Government."

Coordinator, Sacred Circle, Kenora

Along with financial support, presenters said, acknowledgement must be given to the wisdom and teachings of elders who have the knowledge and the ability to help people through traditional healing processes. This will initiate real progress in solving alcohol and drug problems. Native healing methods can complement other methods, and must be recognized and legitimized.

Elderly Persons

The Advisory Committee report made no specific recommendation with regard to the issue of alcohol and drug problems among the elderly, or "seniors" population, and only brief mention was made in the "Highlights and Summary of the Recommendation."

Many of those speaking before the Task Group did not have the opportunity to review the full report, which identified elderly persons as "a population for whom our vision of greater emphasis on services for alcohol

and drug problems delivered outside the addictions-specific system is particularly apt."

This led many people to feel that the issue had been given little attention in the report, although many of the concerns voiced at the public consultations reflected and supported the Committee's observations.

"We need to take a proactive stance with elderly people and take services to them".

Addictions Counsellor, Sioux Lookout District Health Centre, Thunder Bay).

Going outside the established treatment system is especially important in the case of the elderly. "Many elderly see drug misuse as a moral issue," an addictions counsellor from Sioux Lookout pointed out. Ashamed of their drug abuse, they will not approach community treatment resources. "It is necessary to take the treatment to them," the counsellor concluded.

Over-medication is a particularly wide-spread problem among the elderly, several respondents said, and major research is urgently in order that treatment programs and facilities can be designed to deal with these problems.

The Task Group heard several suggestions for dealing with the substance abuse problems of elderly people in Ontario, including the establishment of inpatient clinics, training geriatric addictions workers, and funding services in the north based on COPA and LESA models.

People With Dual Disorders

Treatment for people with both an addiction and a diagnosed mental disorder requires special consideration. Presenters repeatedly commended the Advisory Committee for recognizing the need for development and funding of programs for this group, which one Toronto doctor estimated to be approximately "65% of all persons entering drug or alcohol treatment."

The Task Group was urged to advocate more funding for this population, not only for specialized staff within psychiatric hospitals and supportive aftercare, but also for community programs when institutional care is no longer required. Psychiatric hospitals have a role to play, the Task Group was told, in providing education, consultation, training and coordination of services for this group.

Present gaps in service include a lack of detoxification facilities in psychiatric hospitals, addictions-specific treatment, family involvement and community-based aftercare.

"People with dual disorders get bounced around. Psychiatric centres refer them for substance abuse treatment: treatment centres refer them for psychiatric care. Both conditions need to be treated together".

Executive Director, Alcohol and Drug Referral Centre, Ottawa

The problem of treating these often severely ill individuals is compounded, one doctor said, by

professional specialization: "In the mental health system, addiction often goes unrecognized. In the addiction treatment system, mental disorders are often not identified."

Women

The Advisory Committee was commended for its recognition of the need for additional and specialized treatment for women in Ontario.

Some respondents took exception to the report's categorizing women as a "subpopulation," and a member of Ottawa's Women's Advisory Committee regretted that "the issues addressed in the full report are not translated into recommendations".

Specifically, several presenters were concerned that there were no recommendations in the report which dealt with the unique situations facing women, including:

- Up to 80% of women who go into treatment for drug and alcohol abuse have a history of incest, sexual abuse, or domestic violence.
- Women abusing drugs are much less likely than men to have support from friends and family.
- For many women, substance abuse is often symptomatic of the social environment in which they find themselves.
- Women with substance abuse problems are at high risk for attempted suicide
- Women in treatment have generally low educational and vocational opportunities
- Many women seeking treatment who are separated or divorced lack sufficient financial resources

Across the province, requests were made to increase funding for treatment for women, for child care, for vocational programs, and for the option for women-only programs for those who had a history of domestic or sexual abuse.

"Abused women are often overmedicated by physicians. The overmedication, when added to the increased risk of these women abusing alcohol, creates a dangerous mix".

Director, Manitoulin Haven House Inc., West Bay

Consideration must also be given to addicted women who have mental disorders, as well as elderly women who are frequently given an excess of prescription drugs.

Francophones

Presenters endorsed the Advisory Committee's statement that accessibility to treatment programs for French-speaking citizens must be ensured by providing service in their own language, and that programs must be comparable to those offered in English.

Homeless People

"Don't forget the people in the furthest end of the addictions continuum...the homeless."

Social Services Department, Regional Municipality of Ottawa-Carleton, Ottawa

Concern about the lack of appropriate services for homeless people echoed the needs outlined in the report.

Homeless people are not well-served by "mainstream" treatment programs, which often have rigid expectations and inflexible rule structures.

People who are homeless and addicted have two major needs which are not being met: ready access to shelter and treatment tailored to their special needs. Because many of these people have other problems in addition to substance abuse, any treatment program must deal with their related problems as well.

Persons with Disabilities

Individuals and groups in many areas of the province voiced their disappointment that the Advisory Committee report neglected the unique alcohol and drug treatment needs of people with disabilities.

"Attitudes are as much a barrier to treatment for people with disabilities as is physical inaccessibility."
Program Consultant, Drug and Alcohol Prevention Project, Independent Living Centre, Ottawa

People with disabilities are not being provided for by existing "mainstream" treatment facilities, which fail to take into account barriers to service delivery. These include architectural inaccessibility, lack of attendant care, interpretation for the hearing impaired, and accessible materials for people who are visually impaired or illiterate.

The Task Group was also told of the attitudinal barriers facing persons with disabilities: lack of understanding, sensitivity, and training about the special needs of persons with disabilities. Programs must also be aware of the prescription needs of these people.

It was suggested that a trained counsellor, working in a one-to-one individualized program, might be most suitable for people with disabilities.

Ethnocultural Considerations

The report's failure to mention in detail the insensitivity of many health care professionals to ethnocultural differences was considered a serious oversight by many respondents before the Task Group.

"There are few treatment options for people who are black, ethnic or not fluent in English."
Member, United Steel Workers of America, Toronto

The need to incorporate these considerations into mainstream services and programs was emphasized, for example, by the medical director of a Toronto hospital: "There are major linguistic and cultural barriers to the entry of immigrant groups into mainstream addiction programs. Sometimes, it's as simple as needing care in another language. Other times, the issues are more complex and refer to different cultural patterns. We know that some groups are more comfortable with highly structured, less psychologically-minded, or more religiously-based programs ... "

The Task Group's consultation process itself was criticized for appearing biased towards the mainstream, and presenters said that input from ethnocultural groups should be encouraged before the Task Group completed its summary of public response to the Advisory Committee report.

IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF THE EXISTING TREATMENT SERVICESSYSTEM

(Chapter 7 - *A Vision for the '90s*)

Recommendation XXIII

a) **The Committee recommends that "case management" be available at all points where entry to the treatment process can occur and that all treatment programs should have policies and procedures to ensure that case management is being provided or is available to all of their clients.**

b) **The Committee recommends that the core components of the case management function be defined as:**

1. **on-going assessment of current strengths, weaknesses and needs**
2. **on-going planning to identify services appropriate to the particular needs of the client**
3. **linking clients to needed services and ensuring that these linkages are maintained**
4. **continuous monitoring and evaluation of progress; and**
5. **interceding on behalf of the client (advocacy) to ensure that the treatment system responds equitably and effectively to the needs of the client**

This recommendation received solid endorsement from all presenters speaking to the issue. Client/treatment matching was seen as essential, as was monitoring and evaluation of a client's progress. It was suggested that policies and programs which ensure case management be in place as a condition of funding.

PLANNING AND COORDINATION

Recommendation XXIV

The Committee recommends that the Ministry of Health require that the job descriptions of all managers of alcohol and drug treatment programs specify that 5 to 10 percent of their time should be devoted to participation on planning committees and in other coordination activities.

While the principle of this recommendation was widely endorsed, additional staff would be necessary in order to allow managers time for planning and coordination. The five to 10 percent allocation of a manager's time for these activities should be a minimum, rather than a standard, the Task Group was told.

SETTING LOCAL PRIORITIES

Recommendation XXV

The Committee recommends that the Ministry of Health reaffirm its commitment to local priority

setting for alcohol and drug services, but avoid limits on the number of proposals that can be funded within a given region.

Presenters across the province agreed unanimously with this recommendation. Greater commitment to regional planning would allow coordinated, interlocking regional care systems which would greatly improve the quality of health care for addicted persons.

"Priorities should be decided locally based on client and community needs, and funding decisions should correspond to these priorities".

Chairperson, Service Planning and Co-ordination Sub-Committee of the Addictions Committee, Hamilton-Wentworth District Health Council).

This recommendation would gain added strength, the Task Group was told, if it included a mandatory requirement that there also be local prevention efforts, with a funding envelope available and a local decision-making body distributing the funds equitably.

Presenters from District Health Councils advocated that local planning, funding allocations and evaluation be their responsibility.

REGIONAL CONSIDERATIONS

"The Ontario treatment system should be comprehensive and equitable, responding to the unique needs of the various regions and populations".

Representative, Metro Toronto Addiction Treatment Service Committee, Toronto

In each location visited by the Task Group, presenters spoke about local issues and concerns, as well as about the distinct views and positions of their particular groups or organizations. Attention has already been given to the unique needs of rural, remote and northern areas.

It is important to note that from a practical point of view, some communities are geographically more accessible to U.S. treatment facilities. Residents of Fort Frances were alarmed that access to these facilities would be cut off, as treatment in International Falls, Minnesota, located a few kilometres from Fort Frances, is easily available. The many members of that community addressing the Task Group pointed to the practicality of utilizing these facilities as opposed to sending people hundreds of kilometres to receive care in Canadian treatment centres.

The lack of services for youth was stressed by people in all areas, with priority placed on the value of residential care. Presenters told the Task Group of local efforts to establish treatment centres and asked for support in obtaining adequate government funding. Ottawa in particular is a community that has laid the groundwork for a multi-functional centre for youth. Facilities already providing services asked to be considered as regional centres.

Many regions in the province have already reviewed, or are in the process of reviewing, addiction services. Many have submitted proposals to government ministries for needed services, such as non-medical detoxification facilities. Other concerns included more recovery homes to ease transition to an alcohol or drug-free lifestyle, and additional treatment programs to meet the needs of special populations.

One of the most pressing needs in Toronto is to address the large numbers of street youth from across Canada who congregate in large urban centres.

The epidemic proportions of the inhalant abuse problem in northern Ontario was graphically presented to the Task Group by the residents of Kenora and Thunder Bay areas, and it was urged that action be taken at all levels immediately to deal with the situation.

PLANNING FOR YOUTH

Recommendation XXVI

The Committee recommends that the difficulty in funding alcohol and drug problems for youth under the age of sixteen be addressed and resolved by the Assistant Deputy Minister with joint responsibility for the Ministry of Community and Social Services and the Ministry of Health.

Presenters to the Task Group supported this recommendation and urged that priority be given to the needs of those under the age of 16. The issue of funding must be resolved as quickly as possible.

INTERMINISTERIAL COORDINATION

Recommendation XXVII

The Committee recommends that there continue to be an interministerial coordinating body but that the mandate of such a body should emphasize coordination. It should not be another player in the funding process.

All who spoke on this issue saw coordination at the provincial and local levels as an absolute necessity in order to maximize the effectiveness of delivering a complex service system.

People speaking to the Task Group in many Ontario communities said they want control in developing and managing the treatment services in their own community, while recognizing the requirement for overall planning at the provincial level.

More than one presenter expressed concern that this recommendation could result in yet another regulatory body imposing additional administrative requirements on an already overburdened system.

This recommendation was taken one step further with the suggestion that there be a unified Provincial Addictions Commission, or an Alcohol and Drug Program, with an addictions coordinator responsible for all funding and for all programs across the various ministries. A more efficient administration would channel a larger percentage of available funds into the actual process of addictions treatment.

"The addiction treatment system in Ontario is dysfunctional. We need a policy environment that sets up something sane and supportive".

Executive Director, Rideauwood Institute, Ottawa

People speaking at public forums across the province repeatedly emphasized that without funding, the purpose and intent of program coordination would be defeated. It is essential that this coordinating body have responsibility for funding to avoid a continued piecemeal approach to the planning and development of addictions services in Ontario.

QUALITY ASSURANCE

Recommendation XXVIII

a) **The Ministry of Health, acting as the lead ministry, with the cooperation and assistance of all major stakeholders in the alcohol and drug treatment network, should establish a committee to design and implement a quality assurance system.**

b) **We further recommend that the initial objective of this committee should be to develop alcohol and drug treatment service standards, and establish a monitoring and evaluation process whereby compliance with standards can be determined on an on-going basis.**

c) **The Committee further recommends that the quality assurance committee be mandated to identify training mechanisms to assist individuals and programs to meet defined performance standards.**

d) **The Committee also recommends that the MOH explore the feasibility of establishing a client tracking system with an unique identification component which would permit follow up of: where clients are referred, what services are provided, and the response to those services. Appropriate protection of confidentiality would need to be provided.**

Program evaluation, service standards, quality assurance and a client- tracking mechanism were all endorsed as necessary components of an effective alcohol and drug treatment system. Presenters pointed out that flexibility would be necessary to accommodate the most effective approaches to the special needs of clients such as homeless people and street youth.

"In setting up a system that is accountable, don't make us all paper-pushers and lose sight of what we are here to do".

Staff, Brentwood Recovery Home, Windsor

Respondents also pointed out that in establishing criteria for program evaluation and quality assurance, regional differences must be taken into account. Recruitment of qualified staff may be difficult, for example, if salaries do not compensate people for working in remote or isolated areas.

A quality assurance system should include an evaluation of client outcomes as part of the complete evaluation of programs, several presenters said. Continued funding should be based on a treatment centre's having sufficient staff, program materials, and adequate resources to ensure standards or program objectives are met.

The recommendation was made that using evaluation consultants from outside the addictions field might help to ensure impartiality.

PROGRAM EVALUATION

Recommendation XXIX

a) **The Committee recommends that proposals for funding alcohol and drug treatment**

programs should give more attention to having measurable outcome objectives, explicit evaluation criteria and adequate funds budgeted for evaluation purposes.

b) **We further recommend that program managers, selected staff and personnel within funding bodies should receive more training in the area of program evaluation to ensure a common understanding of evaluation methods and concepts and to facilitate the development of better quality assurance methods.**

It was agreed that outcome objectives and evaluation of programs are important, but presenters mentioned that this recommendation presupposed that there is agreement on what constitutes success in treatment of substance abuse, a judgment which should include input from consumers.

Evaluation of all substance abuse programs, it was suggested, should be a condition of funding.

TRAINING PROGRAMS

Recommendation XXX

The Committee recommends that in proceeding with Recommendations IV, XII, and/or XIV that the relevant Ministries provide funding for the development of training programs which should be developed in collaboration with the Addiction Research Foundation.

Respondents before the Task Group called for province-wide coordination of programs and content for training in the field of addictions, necessary if Ontario is to enter a period of expansion in its treatment system.

Training should be coordinated at the university and college levels, and post-graduate training for addictions specialists should be available.

Training centres for addiction workers, assessment counsellors and treatment counsellors should offer comprehensive clinical programs, including supervised field work and issuing of credentials, but should not be restricted to one model. It was further suggested that professional certification should become the standard for employment of counsellors in addictions treatment services.

The question of respective roles of the professionally trained addictions worker and of the recovering substance abuser as counsellor in the treatment process was hotly debated. While there is a definite need for trained counsellors in the addictions field, it was also felt there is a place for recovering individuals to work with professionals to give a balanced perspective to the treatment.

Training should be culturally sensitive, available in both official languages and be made more accessible, especially to those who live in northern and rural areas. A training component could be incorporated into the program model of each of the proposed regional multi-functional centres.

Training in the field of addictions should be offered as part of medical, nursing and social work programs, and to others who, in the course of aiding or counselling members of the public, have the opportunity of identifying and intervening in alcohol and drug abuse. Physicians are frequently on the "front-lines" in identifying alcohol and drug problems. They require

training to develop skills in early identification, intervention and referral procedures, and they should be aware of resources available in the community and the province.

An updated resource guide to treatment facilities should be made available to all physicians, and include a list of specialists and agencies providing comprehensive assessments and case management in each community.

While it was agreed that the Addiction Research Foundation should play an important part in the development, implementation, training and evaluation of substance abuse programs, it was suggested that ARF should not be involved exclusively. Rather, collaboration should be sought from a broad spectrum of groups, organizations and treatment centres with expertise in treatment of alcohol and drug problems. It was repeatedly urged that colleges and universities be part of this process.

"We must identify standards of practice and specified performance requirements for identified roles and responsibilities, and encourage development of college and university preparatory programs to meet employment needs in the addictions field to the year 2000".

Program Supervisor, Department of Public Health Services, Alcohol and Drug Assessment Services, Regional Municipality of Hamilton-Wentworth

RESEARCH PRIORITIES

(Chapter 8 - *A Vision for the '90s*)

Presenters pointed out that the Advisory Committee report omitted setting research priorities in the following areas:

- The unique needs of women; effectiveness and availability of treatment for women; effectiveness of current programs designed for women; factors that prevent women from getting treatment
- Human resource requirements to meet the needs for addiction workers for the 1990's
- Prevention of alcohol and drug abuse
- Strategies to reach elderly substance abusers
- Effective treatment models for those diagnosed with dual disorders
- Treatment outcomes for those of all ages with alcohol and drug problems
- Comparison of the effectiveness of outpatient and residential care without a preconceived bias that may be dollar-driven

ISSUES RAISED BY THE PUBLIC

Remote and Rural Areas

The Advisory Committee report did not recognize the high level of alcohol and drug abuse, lack of accessibility to treatment, geographical isolation, or the serious lack of services in northern Ontario, according to many respondents. Nor were the unique and special needs of rural communities given adequate attention. In planning and funding services to those in rural areas, it must be taken into account that service delivery is frequently more expensive than in urban areas because addiction workers have to travel to individuals and communities.

Programs for rural areas cannot simply be scaled-down versions of those designed for urban areas,

residents from northern Ontario pointed out. Competitive salaries, career enhancement opportunities, and other incentives are necessary to make the rural career stream more attractive to professionals.

"Provincial priorities should not be based on identified needs of large urban areas".

Addictions Counsellor, St. Joseph's Health Services, Lake of the Woods Hospital

In all locations, the Task Group heard again and again that treatment services for young people had to become geographically accessible and that detoxification centres should be established immediately in both northern Ontario and rural areas of southern Ontario.

Outpatient services are often not practical in northern rural areas because of distance and lack of transportation. It was also noted the north was under-represented on the Advisory Committee.

Role of the Workplace

The Task Group heard concerns from many labour organizations that the important role of Employee Assistance Programs (EAPs) in the overall treatment process was overlooked by the Advisory Committee during its review of the state of treatment in Ontario. The workplace as a primary sector for identifying alcohol and drug problems is mentioned only briefly in the report.

Representatives from unions and other labour organizations felt that the workplace should be given a much higher priority in the overall planning for alcohol and drug interventions. They asked the Task Group to involve the Ministry of Labour in developing EAPs in all types and sizes of workplaces and to consider endorsing a proposal that government legislate EAPs in the workplace.

It was stressed that unions play an invaluable role in EAPs, but the most effective programs are those with joint union-management involvement, since workers are more likely to request assistance with substance abuse where there is no fear of management reprisal. Appropriate legislation protecting workers from dismissal and discipline was advocated.

EAP representatives speaking before the Task Group suggested several strategies to assist firms too small to support an in-house Employee Assistance Program: consultants could involve employers and employees in intervention programs, or an EAP consortium could be created, similar to the one formed by 12 small businesses in Sault Ste. Marie.

Since smaller firms are reluctant to have substance abuse programs, it was suggested these programs be included in collective agreements to protect workers. Respondents asked that the government consider grants to assist companies and unions to develop EAPs in the small business sector.

APPENDIX A

PARLIAMENTARY ASSISTANTS' TASK GROUP MEMBERS

Mr. George Mammoliti, **Chair**
Parliamentary Assistant to the
Minister Resonsible for the
Anti-Drug Strategy

George Dadamo
Parliamentary Assistant to the
Minister of Transportation

Mr. Derek Fletcher
Parliamentary Assistant to the
Minister of Consumer and
Commercial Relations

Ms. Margaret Harrington
Parliamentary Assistant to the
Minister of Housing

Mr. Randy Hope
Parliamentary Assistant to the
Minister of Community and Social Services

Mr. Tony Martin
Parliamentary Assistant to the
Minister of Education

Mr. Gordon Mills
Parliamentary Assistant to the
Solicitor General

Sharon Murdock
Parliamentary Assistant to the
Minister of Labour

Dr. Robert Frankford, Vice-Chair
(former Parliamentary Assistant to the
Minister of Health)

The Honourable Fred Wilson
Minister of Government Services
(former Parliamentary Assistant of Correctional
services)

Mr. David Winninger
Parliamentary Assistant to the
Minister Responsible for
Native Affairs

APPENDIX B

SCHEDULE AND LOCATIONS OF PUBLIC FORUMS

February 15	**Kitchener/Waterloo**	Valhalla Inn
February 21	**London**	Kings College
February 22	**Windsor***	Cleary Centre
February 28	**Metro Toronto***	Hotel Victoria
March 1	**Metro Toronto***	North York City Hall
March 7	**Kingston**	Kingston City Hall
March 8	**Ottawa***	Ottawa Congress Centre
March 21	**West Bay**	Lakeview Public School
March 22	**Sudbury***	Holiday Inn
March 26	**Thunder Bay***	Valhalla Inn
April 5	**St. Catharines**	Parkway Inn
April 19	**Kenora**	Community Centre
April 29	**Brampton**	Ontario Correctional Institute

*Denotes locations where simultaneous French translation was available

APPENDIX C

ADVISORY COMMITTEE ON DRUG TREATMENT

Chairman:

Garth Martin
Head, Sociobehavioural Treatment Services
Addiction Research Foundation Toronto

Members:

Linda Bell
President
Bellwood Health Services Toronto

Dr. Eudice Goldberg
Head of Adolescent Clinic
Hospital for Sick Children
Toronto

Dr. Blenos Pederson
Director
Canada Bermuda
The Salvation Army

Dr. Don Pierson
President
Southtown Consultation Services
Toronto

Wanda Smith
Executive Director
Native Horizons Treatment Centre
Hagersville

Dr. Lina Charette
Coordinator, Early
Intervention Program
Addiction Services
Royal Ottawa Hospital

Sister Jean Doyle
Director
Camillus Centre Alcohol
Treatment Program
Elliot Lake

Grant Lowery
Vice-President/General Manager
Community and Youth Services
YMCA of Metropolitan
Toronto

Dr. Brian Rush
Scientist, Community
Programs
Evaluation Centre
Addiction Research Foundation
London

Dr. Eugene Stasiak
Director of Research
Ontario Correctional Institute
Ministry of Correctional Services
Brampton

APPENDIX D

HIGHLIGHTS

UNDERSTANDING DRUG AND ALCOHOL PROBLEMS

The Committee has developed a conceptual framework for drug and alcohol problems to orient the reader to the treatment field and to provide a common language for discussion and application of the Committee's work. This framework is illustrated in Figure 1 (Chapter 2). Alcohol/drug use and abuse is first separated into three dimensions: dependence, consumption, and related problems. Alcohol/drug related problems are further separated into different dimensions of life functioning - social, psychological, physical, and spiritual. An important aspect of all the dimensions is that they exist along a continuum of severity. These dimensions should also be viewed from the broader perspectives of culture, developmental stage, and gender.

This framework provides a very flexible, yet powerful way of (1) describing the characteristics of each individual vis-a-vis their alcohol and drug use; (2) assessing their unique treatment needs; (3) monitoring changes over the course of treatment; and (4) evaluating outcome following treatment.

TREATMENT IN THE U.S.: A MAJOR PROBLEM

Over the past few years there has been a rapid escalation in the rate of referrals to the U.S. for treatment, fuelled, primarily, by a shortage of services in Ontario and the aggressive marketing by private, for-profit American facilities. The magnitude of these referrals has reached an annual rate of $40 million. This de-facto expansion of treatment services is totally in the form of hospital-based, residential treatment and, as such, is completely at odds with current provincial policy, research evidence from the field, and certainly with the vision we propose.

The Committee wishes to assert, in the strongest possible terms, its conviction that a climate which permits the uncontrolled expansion of the most expensive form of treatment available is incompatible with the methodical, rational development of a comprehensive and cost-effective treatment system in Ontario.

Other provinces severely restrict reimbursement for treatment in the U.S., either by prohibiting it altogether or by allowing it only in rare and unusual circumstances, subject to prior review and approval. The Committee believes that Ontario should do the same. There should be severe restrictions on the circumstances under which reimbursement for U.S. treatment may occur. However, these restrictions will have to be phased in to coincide with the increased availability of treatment alternatives in Ontario.

A VISION FOR THE NINETIES

Overview

In Ontario, most of the treatment for drug and alcohol problems occurs within the addictions-specific treatment system, which is a system of services developed specifically for people with such problems. In our vision, *we propose an increased emphasis on services for alcohol and drug problems delivered outside of this system, that is, within the variety of health care, correctional, and social service contexts in which the problems most typically emerge, can be most readily identified, or can be most efficiently treated.*

Two distinct approaches would characterize this shift in emphasis. One would involve early interventions in settings, such as schools, where the opportunity exists to identify developing drug and alcohol problems. The other would consist of specialized services for individuals with drug and alcohol problems located in service settings, such as youth services, correctional settings and general hospitals, where these problems are commonly observed.

A continued emphasis on specialization and addictions-specific services is intended. Our vision also includes

a coordinated and accessible addictions-specific system of demonstrated high quality and cost-effective treatment. We endorse the importance of multiple treatment options and recommend the development or establishment of more multi-functional services in which a variety of services are provided. We call for a substantial shift in emphasis toward more cost-effective outpatient approaches.

Guiding Principles

The following points summarize the Committee's vision.

- Alcohol and drug problems can be most comprehensively addressed by a balanced system of addictions-specific services and programs for alcohol and drug problems located within the more generic health, social, and correctional service systems.
- The appropriate balance between the treatment of drug and alcohol problems in the addictions-specific and other service systems will be influenced by population characteristics.
- Service delivery systems should give special emphasis to early intervention.
- Introducing services for drug and alcohol problems into a broader range of service systems requires: 1) administrative commitment, 2) funding, 3) mandate, and 4) training.
- The distinction between "community-based" and "hospital-based" services should be replaced by one which places more explicit emphasis on local planning and cost-effectiveness.
- Treatment effectiveness should be judged from the perspective of the broad range of its benefits rather than as either "cure" or failure.
- Individuals with drug and alcohol problems should have access to multiple treatment options to ensure that their needs can be matched to the most appropriate treatment.
- Comprehensive assessment is the cornerstone of effective client-treatment matching.
- The comprehensive range of service functions envisioned includes information and referral, outreach, early intervention, and crisis functions in addition to those usually considered to comprise the continuum of care.
- Within the addictions-specific system, the development of multi-functional settings should be encouraged.
- Treatment must be accessible to be effective.
- Continuity of care is essential to effective treatment.
- Program evaluation and quality assurance procedures are critical features of a comprehensive and effective treatment system.
- Coordination makes an important contribution to the maximization of effectiveness and efficiency in a complex service delivery system.

IMPLEMENTING THE VISION

Three examples of how the vision can be implemented are provided:

Early Intervention in Schools

Efforts to identify drug and alcohol problems in their formative stages of development in youth must invariably focus on the school system. It is here that the greatest potential exists to observe the indications

of emerging drug and alcohol problems. We propose a comprehensive program of early intervention for implementation in schools.

General Hospitals

General hospitals represent an important focal point for interventions for alcohol and drug problems. There are numerous opportunities for early interventions. Also, a sizeable proportion of general hospital beds are occupied by individuals with well-developed alcohol or drug problems which are not being diagnosed or treated. We suggest a program of case finding and specialized treatment for alcohol and drug problems in the hospital setting.

Criminal Justice System

There is a much higher than average rate of alcohol and drug problems among individuals who are in correctional settings or on probation or parole. We recommend a comprehensive response to drug and alcohol problems within the criminal justice system.

AIDS AND THE RISK OF HIV INFECTION

To date, the number of AIDS cases solely attributable to injection drug use has been less than 1%. Studies of HIV infection among drug user populations in Ontario suggest rates of infection in the order of 2-6%. These data offer no basis for complacency. In other jurisdictions, seropositivity has been shown to increase dramatically from less than 5% to over 50% within a year or two. *These data indicate that the opportunity to act in a preventative manner exists in Ontario, but that it may be short-lived without an immediate and comprehensive response.*

The Province must act now to minimize the spread of HIV infection. A comprehensive prevention response must include: information; counselling regarding safer sex and safer drug use; distribution of condoms, sterile water and bleach kits; access to treatment; and needle and syringe exchanges.

To effectively combat the spread of HIV infection, many programs must rethink their treatment policies and treatment expectations. For instance, consistent with the increased emphasis we advocate on harm reduction as a dimension of treatment effectiveness, *we implore programs to place special emphasis on behaviour change which reduces the risk of HIV infection even when it is not accompanied by desirable reductions in drug use.*

In our vision, all programs engaged in the treatment of individuals with alcohol and drug problems should have policies and procedures to prevent the spread of HIV injection and to respond humanely and helpfully to all individuals who are, or might be, HIV positive.

TREATMENT EFFECTIVENESS: REALISTIC EXPECTATIONS

Expectations that treatment will produce a "cure" are unrealistic and contribute to pessimistic perceptions of the effectiveness of treatment. The improvements associated with treatment take many forms all of which need to be considered in the determination of effectiveness. Recovery remains the ultimate aim of treatment and its most desirable outcome, but improvements which contribute to harm reduction are very important to both the individual and society and have been undervalued in appraisals of treatment effectiveness.

HOW EFFECTIVE IS TREATMENT?

The issue of the effectiveness of treatment for drug and alcohol problems is complicated by differences among the individuals who seek treatment, by the wide variety of treatment options provided, and by variability in the criteria used to determine effectiveness. *Overall, there is evidence that one-half to two-thirds of individuals with drug and alcohol problems show improvement at follow-up.* However, generalizations about treatment effectiveness may be misleading, because many factors complicate the issue. No single treatment works better for everyone, but treatments are not all equally effective and certain

approaches may be more effective for particular types of individuals. Preliminary studies of the economics of treatment have suggested that the costs of treatment may be offset by subsequent savings in the costs of health care utilization, increased employment or reduced criminality.

HOW COST-EFFECTIVE IS RESIDENTIAL TREATMENT?

In no area of the treatment outcome literature is there more abundant and consistent evidence than that which shows short-term residential treatment to be less cost-effective than outpatient treatments, for unselected clients. While the evidence supports a role for short-term residential treatment in the treatment of clients with more severe problems, it also suggests that some of the people who currently receive residential treatment would do just as well in less costly alternatives.

WHAT ELSE DOES TREATMENT OUTCOME RESEARCH SUGGEST?

Following is a summary of the research evidence. Caution must be exercised in applying these findings to certain specialized populations (e.g., adolescents).

- In general, treatment is associated with reductions in alcohol and drug use and improvements in other dimensions of health.
- No single treatment approach has been demonstrated to be superior to all others.
- Treatment effectiveness and costeffectiveness can be optimized by matching clients to the type and intensity of treatment that is most suited to their particular needs.
- Brief treatments are effective for many individuals with alcohol and drug problems.
- Conjoint therapy, social skills training, and community reinforcement are treatment approaches for which promising results have been obtained in well controlled treatment studies.
- Residential treatment appears to be no more effective than non-residential treatment for unselected clients.
- Psychotherapy is not the treatment of choice for most adult alcohol and drug users.
- Methadone treatment appears to be the treatment of choice for heroin addicts.
- Therapist effects and other dimensions of treatment quality may have a pronounced effect on treatment outcome.
- Client characteristics on entry to treatment strongly influence the outcome of treatment.
- Psychopathology is common among substance abusers and is adversely associated with treatment outcomes.

TRENDS IN SERVICE DEVELOPMENT IN ONTARIO

Since 1980, the Addiction Research Foundation has undertaken a provincial survey of specialized alcohol and drug treatment services. The major trends in the development of these services include:

- since 1980 there has been an expansion in the number of programs (130 to 217) and their cost ($44.4 million to $77.1 million). In 1989 the 217 programs saw an estimated 61,622 cases.
- if both outpatient and day treatment programs are combined, there has been a 45% increase in the caseload of these nonresidential programs, compared to a 70% increase in the caseload of short-term residential facilities. The rate of increase for short-term residential programs approaches 85% (or almost twice the rate of

expansion of non-residential services) if the treatment of Ontario residents in the United States is included.

- compared to 1982, there are now more clients involved with drugs, either with no concomitant alcohol abuse (7.8% to 12.5%) or in combination with alcohol (31.% to 41.1%). The increasing involvement with drugs other than alcohol has been particularly striking among clients of detoxification programs (1.8% to 9.4%).

- over the last decade, the number of female clients has nearly tripled from about 4,500 cases to about 13,000. The proportion of all clients which were female increased from 15.4% to 22.4%. •

  there has been little change in the proportion of the youngest and oldest age categories (under 18 and over 65)

WHAT ARE THE SERVICE NEEDS IN ONTARIO?

Several indicators suggest that the province is currently underserviced. These indicators include comparisons with other jurisdictions, reports from service planners and providers across the province, lengthy waiting lists for many services, and the escalating rates of referral to American treatment programs. Within the U.S. treatment system, which does not operate at capacity, approximately 35% more individuals, on a per capita basis, are treated annually. Also, Ontario has the lowest total beds per capita (detoxification, short-term residential and long-term residential) of the six jurisdictions for which data were obtained (see Figure 5, Chapter 5).

One of the most consistent themes noted by the Committee across both the research/statistical data and the opinions of key informants was the need for more outpatient treatment services. For example, comparisons of the per capita rate of non-residential treatment in Ontario with Quebec, Saskatchewan and Alberta (the only provinces for which data were obtained) showed that other provinces provide 2 to 3 times as much non-residential treatment (see Figures 6 & 7, Chapter 5).

A second consistent theme was the need for short-term residential programs for youth. It is the Committee's view that this need may be best met by establishing, or designating, 4-6 regional, multifunctional youth services. These services would be strategically located across the province, each with a clearly defined regional catchment area.

Within one of these regional treatment centres, there is also the need for a residential program for young adolescents (e.g., 12-16), since this appears to be one segment of the "youth" population which is particularly under-serviced in Ontario.

An increase in the number and capacity of meth*adone treatment programs* in selected areas of the province is also a priority. There is currently only one methadone program in Ontario with a capacity to serve only 1-2% of the estimated number of opiate addicts.

There is a noticeable absence of e*arly identification and intervention* programs within general health, social, and educational services despite widespread acknowledgement of their importance and priority status within existing policy.

Other service needs include expanding the capacity of some assessment and referral centres; more services, such as case management, to improve continuity of care; and additional nonmedical detoxification capacity, especially involving approaches suited to smaller urban centres and rural districts.

SERIOUS PROBLEMS AMONG NATIVE PEOPLES

Alcohol and drug problems among native peoples are especially serious. These problems include significantly higher rates of morbidity and mortality

associated with alcohol and drug use.

The need for counsellor training is both substantial and urgent. There is a serious lack of counsellors who are qualified to provide effective treatment for alcohol and drug problems in a manner that is sensitive to native culture and traditions.

There are major deficiencies in the availability of treatment services for natives. The need for outpatient services (as an alternative to residential treatment) and for continuing care services (following residential treatment) are especially acute.

Addressing service and training deficiencies is complicated by federal-provincial jurisdictional issues. Inter-governmental coordination and collaboration with native leaders are important prerequisites to progress in resolving these problems.

THE NEEDS OF SPECIAL POPULATIONS

Certain subpopulations of individuals with alcohol and drug problems have special needs which may affect the accessibility of a treatment service or the relevance of its treatment content.

The Committee has addressed the special needs of street youth, the homeless, women, francophones, the elderly, ethnocultural groups, and individuals with dual disorders. We urge local planners to carefully consider the adequacy and appropriateness of the existing services for these special populations in determining local service priorities (see Chapter 6).

HOW CAN WE IMPROVE THE EXISTING TREATMENT SYSTEM?

The Committee believes that, given the current state of knowledge, the greatest impact on overall treatment effectiveness can be realized by 1) a systematic program of quality assurance and evaluation to enhance the quality of existing treatments; 2) a systematic program of training to enhance therapist skills and to achieve the performance standards developed in the quality assurance process; 3) increased opportunity to match clients to the most cost-effective treatment appropriate to their needs; 4) improved continuity of care through a concerted application of principles of effective case management; 5) substantially improved coordination at both the policy and funding and service delivery levels; and 6) a program of research that balances the identification of guidelines to facilitate matching and other improvements to the existing treatment system with the search for more effective treatment approaches.

Improving Coordination

There is a need for improvement in coordination at three levels.

(1) the client level, where decisions are made about how to manage and treat specific individuals seeking help;

(2) the agency level, where decisions are made about how existing agencies will operate and cooperate with each other; and

(3) the funding level, where decisions are made about the allocation of resources for specific services in the community.

Coordination at the Client Level

Coordination at the client level addresses the comprehensive integration of the treatment components which occur concurrently, and the linkages and consistency of the therapeutic interventions which are provided consecutively. It is often referred to as "continuity of care".

The development of multi-functional centres would contribute significantly to improved continuity of care. Coordination of interventions, information sharing, and linkages between functions are all much more easily managed within a single service entity than they are among independent service settings.

Case management is the function that should satisfactorily address continuity of care issues when more than one setting is involved in the provision of service. *Case management should be available at all points where entry into treatment can occur.* Different models of case management which are related to the characteristics of the client may be necessary.

Coordination of Services at the Agency Level

The Committee endorses the importance of inter-agency coordination within planning regions and supports the funding of paid coordinator positions for large or complex jurisdictions.

The Committee supports the principle of local planning and priority setting involving local planning groups and District Health Councils (DHC). The Committee recommends that the Ministry of Health reaffirm its commitment to local priority setting for alcohol and drug services, but avoid arbitrary limits on the number of proposals that can be funded within a given region.

Coordination of Services at the Funding Level

There are significant problems with the coordination of services for alcohol and drug users at the funding level, within the provincial government. This occurs both within and across ministries.

The lack of inter-ministerial coordination in Ontario has resulted in a treatment system which is encumbered by conflicting policies and procedures and is unable to respond quickly to emerging gaps in service with flexible treatment models that address all the needs of the client population.

The Committee strongly endorses the need for an inter-ministerial coordinating body but believes that the mandate of such a body should emphasize coordination. It should NOT be another player in the funding process.

Quality Assurance and Evaluation

Quality Assurance is a proven method of enhancing the quality and effectiveness of treatment services. We advocate the design and implementation of a province-wide quality assurance program.

The ultimate test of treatment effectiveness is treatment outcome. We advocate greater emphasis on program evaluation to facilitate ongoing development and improvement of programs, to develop an empirical basis for client-treatment matching, and to enhance program accountability.

Training

Research evidence indicates that the competence and skill of treatment providers makes a difference to the effectiveness of treatment. One way to improve treatment effectiveness is to place greater emphasis on training.

WHAT ARE THE RESEARCH PRIORITIES?

The following are the areas of research which the Committee considered to be priorities:

- determining the most effective treatments for youth;
- the development of assessment and treatment methods for dual disorders;
- determining the effectiveness of self-help groups;
- determining the most effective approaches to "continuing care";
- the development of effective HIV prevention programs;
- the identification of the characteristics and skills of the treatment provider that contribute to improved outcomes;
- the development of outpatient approaches for particular subpopulations;
- determining empirically-based guidelines for matching clients to treatment;

- conducting economic analyses of particular approaches to treatment;
- determining the impact of inter-agency coordination on treatment effectiveness;
- the development of strategies to enhance motivation for and within treatment;
- the development of population-specific models of case management.

ARE THE IMPROVEMENTS AFFORDABLE?

The Committee cites the need for substantial improvement in the services for individuals with alcohol and drug problems. This includes needed expansion of the addictions-specific system, as well as the implementation of early intervention programs and specialized treatment services within other service systems. A reasonable question is - "Can the province afford it?"

The answer is that substantial improvements to the treatment system in Ontario could be realized without an increase in the net cost to the province. *What is needed is simply the redirection of funds currently spent on American treatment to Ontario-based services.* Residential treatment is much less expensive to provide in Ontario than is the cost of private, for-profit treatment in the U.S. Furthermore, only a small portion of the redirected funds should be used to expand residential treatment in Ontario.

Much greater value could be obtained for our treatment dollars by investing in Ontario services. The current annual rate of referrals to the U.S. is about 3500 cases. Outpatient treatment services could be provided to about 25,000 Ontario residents across the province for the cost of about 1000 U.S. referrals. The cost of 500 of these referrals would fund early intervention programs in 100 schools. Six multi-functional youth centres treating about 5000 cases annually could be established for about the cost of 1000 U.S. referrals. Day treatment programs could be established in four correctional treatment settings for about the cost of 100 U.S. referrals.

At a time of such scarce resources and such great needs there seems little justification for failing to seize the opportunity to build a more responsive, efficient, and cost-effective, Ontario-based treatment system.

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

Following is a summary of the recommendations listed by the chapter in which they appear:

Chapter 2

Recommendation I

The Committee recommends that comprehensive assessments and evaluations of treatment outcomes for individuals with alcohol and drug problems include procedures to systematically and objectively appraise: 1) alcohol and drug consumption; 2) alcohol and drug dependence; and 3) alcohol and drug related problems.

Chapter 3

Recommendation II

The Committee recommends that its vision of a treatment system for alcohol and drug problems become the basis for a revised provincial policy for the planning and development of treatment services for individuals with alcohol and drug problems in Ontario.

Recommendation III

a) The Committee recommends the amendment of Section 57, Regulation 452 of the Health Insurance Act to permit the imposition of severe restrictions on OHIP reimbursement for treatment of alcohol and drug problems in the U.S.

b) The Committee also recommends the redirection of funds currently spent on U.S.

treatment to the expansion and development of cost-effective services in Ontario.

c) We further recommend that the imposition of these restrictions be phased in to coincide with the expansion of Ontario services.

Recommendation IV

The Committee recommends that the Ministry of Education make funds available to implement early intervention programs in schools.

Recommendation V

a) The Committee recommends that the Ministry of Health make funds available to implement early intervention and case finding programs in general hospitals.

b) We further recommend that appropriate variations of this approach be developed for, and implemented in, psychiatric, paediatric, and other specialized hospitals.

Recommendation VI

a) The Committee recommends that the Ministry of Health (MOH) eliminate the arbitrary distinction between "hospital-based" and "community-based" services to give more equitable consideration to the most appropriate location of treatment programs on the basis of cost-effectiveness and efficiency considerations.

b) We further recommend that the MOH establish mechanisms to ensure that non-residential treatments in hospitals have fair and equitable access to the pool of funds available for alcohol and drug programs.

Recommendation VII

The Committee recommends that all offenders in the provincial correctional system with alcohol and drug problems have access to appropriate assessment and treatment programs. To ensure that this can occur, we further recommend:

i) Services establish alcohol and drug treatment programs in Community Resource Centres (C.R.C.) as one community option for low-risk offenders;

ii) that the Ministry of Correctional Services expand alcohol and drug assessment and treatment programs within its treatment institutions for offenders who are not yet suitable for a community option;

iii) that the Ministry of Correctional Services fund training and staffing to ensure that continuing care and case management functions are provided within probation and parole services;

iv) that the Ministries of Health and Correctional Services collaborate to identify mechanisms by which incarcerated individuals, offenders under probation or parole, and ex-offenders could make more extensive use of community assessment and treatment programs;

v) that community treatment programs review their admission criteria and make any necessary revisions to ensure that ex-offenders and current offenders in community options have equitable access to treatment programs;

vi) that the Ministry of Correctional Services fund training programs to ensure that these new or expanded treatment services are effectively delivered.

Recommendation VIII

The Committee recommends that the Ministry of Health give high priority to a comprehensive, multi-faceted HIV prevention program which should include support for needle and syringe exchange programs.

Recommendation IX

The Committee recommends that all alcohol and drug treatment programs designate a staff member as "HIV Coordinator" to be responsible for: 1) the implementation of prevention strategies; 2) the development of policies and procedures concerning the treatment of individuals with HIV infection; and 3) staff development and training.

Recommendation X

a) The Committee recommends that treatment programs develop a comprehensive HIV/AIDS prevention program within their service considering the following key elements, depending on the population being served: 1) information; 2) counselling regarding safer sex and safer drug use; 3) condom distribution; 4) sterile water and bleach kit distribution; and 5) needle and syringe exchange.

b) We further recommend that treatment programs review their admission criteria and make any necessary revisions to ensure that individuals who are HIV positive have equitable access to treatment.

Chapter 5

Recommendation XI

The Committee recommends significant expansion of treatment services in Ontario across the full range of the continuum of care, with particular emphasis on the development of multi-functional centres.

Recommendation XII

a) The Committee recommends that priority be given to the expansion of outpatient services across the province.

b) Consistent with Recommendation XI we further recommend that in the planning and funding of outpatient services, priority be given to locating outpatient services in:
   i) assessment and referral centres;
   ii) settings currently providing residential treatment; and
   iii) generic settings, such as youth services, hospitals and correctional facilities currently caring for a large number of individuals with drug and alcohol problems.

Recommendation XIII

a) The Committee recommends the development of other flexible, non-residential treatment options, such as day or evening treatment.

b) Consistent with Recommendation XI, we further recommend that in the planning and funding of such services, priority be given to locating these services in:
   i) existing outpatient services;
   ii) settings currently providing residential treatment; and
   iii) generic settings, such as youth services, hospitals and correctional facilities currently caring for a large number of individuals with drug and alcohol problems.

Recommendation XIV

a) The Committee recommends that priority be

given to the establishment of 4-6 regional, multi-functional centres (including outpatient, day treatment and residential services) for youth up to age 25. Establishing such centres may involve the designation of, or collaborations among, existing services provided that differential assignment of all clients to the range of treatment options is assured.

b) The Committee further recommends that:

i) each of the regional centres include a residential program for youth aged 16-25; and

ii) one of the centres include a residential program for children and adolescents up to age 18.

Recommendation XV

The Committee recommends expanding the capacity of assessment and referral centres through the establishment of new programs, where needed, and the expansion of existing centres. Consistent with Recommendation XII, the role of assessment and referral centres should also be broadened to include outpatient care treatment.

Recommendation XVI

The Committee recommends that planning and funding bodies give greater priority to "continuity of care" in funding new and expanded services, with particular emphasis on the provision of "continuing care" and "case management" services.

Recommendation XVII

a) The Committee recommends the expansion of detoxification services with priority given to approaches more suited to small urban centres, rural and remote areas.

b) The Committee further recommends that the Ministry of Health in collaboration with the Addiction Research Foundation and other stakeholders revise the mandate of detoxification centres consistent with their role in the treatment system, the heavy use of drugs other than alcohol, the multiple physical, psychological, and social needs of the intoxicated person, and the ongoing need for staff training.

Recommendation XVIII

The Committee recommends that the Ministries of Health and Community and Social Services, in collaboration with Alcohol and Drug Recovery (Home) Association of Ontario (ADRAO) and other stakeholders, conduct an operational review of recovery homes to address: 1) problems related to funding; 2) variable geographic needs; and 3) existing approaches to service delivery. The result of this operational review should include recommendations concerning appropriate recovery home models and mechanisms to ensure fair and equitable funding.

Recommendation XIX

The Committee recommends that the Ministry of Health in collaboration with the Addiction Research Foundation and other stakeholders give priority to planning and implementing an expansion of methadone treatment services.

Recommendation XX

The Committee recommends the establishment (within existing treatment centres) of regional, computer linked information and referral centres to provide information to the public concerning where and how to access the treatment system.

Chapter 6

Recommendation XXI

a) The Committee recommends that the Ministry of Health and NNADAP increase the funds available for culturally appropriate treatment for natives with alcohol and drug problems;

b) We also recommend that the MOH produce and distribute clear and explicit guidelines concerning the mechanisms for access to provincial funds for treatment services for natives.

c) We further recommend that the MOH clarify the role and responsibilities of the Ministry's native health coordinator vis-a-vis the treatment services for alcohol and drug problems and that this position be responsive to, and an advocate for, native alcohol and drug programs.

Recommendation XXII

The Committee recommends that the MOH and NNADAP in collaboration with First Nations and other relevant training resources give high priority to the development and funding of a plan of action to provide training and professional development for all native treatment staff.

Chapter 7

Recommendation XXIII

a) The Committee recommends that "case management" be available at all points where entry to the treatment process can occur and that all treatment programs should have policies and procedures to ensure that case management is being provided or is available to all of their clients.

b) The Committee recommends that the core components of the case management function be defined as+:

1. on-going assessment of current strengths, weaknesses and needs;
2. on-going planning to identify services appropriate to the particular needs of the client;
3. linking clients to needed services and ensuring that these linkages are maintained;
4. continuous monitoring and evaluation of progress; and
5. interceding on behalf of the client (advocacy) to ensure that the treatment system responds equitably and effectively to the needs of the client.

Recommendation XXIV

The Committee recommends that the Ministry of Health require that the job descriptions of all managers of alcohol and drug treatment programs specify that 5-10% of their time should be devoted to participation on planning committees and in other coordination activities.

Recommendation XXV

The Committee recommends that the Ministry of Health reaffirm its commitment to local priority setting for alcohol and drug services, but avoid arbitrary limits on the number of proposals that can be funded within a given region.

Recommendation XXVI

The Committee recommends that the difficulty in funding alcohol and drug programs for youth under the age of sixteen be addressed and resolved by the Assistant Deputy Minister with joint responsibility for the Ministry of Community and Social Services and the Ministry of Health.

Recommendation XXVII

The Committee recommends that there continue to be an interministerial coordinating body but that the mandate of such a body should emphasize coordination. It should not be another player in the funding process.

Recommendation XXVIII

a) The Ministry of Health, acting as the lead ministry, with the cooperation and assistance of all major stakeholders in the alcohol and drug treatment network, should establish a committee to design and implement a quality assurance system.

b) We further recommend that the initial objective of this committee should be to develop alcohol and drug treatment service standards and establish a monitoring and evaluation process whereby compliance with standards can be determined on an ongoing basis.

c) The Committee further recommends that the quality assurance committee be mandated to identify training mechanisms to assist individuals and programs to meet defined performance standards.

d) The Committee also recommends that the MOH explore the feasibility of establishing a client tracking system with a unique identification component which would permit follow up of: where clients are referred, what services are provided, and the response to those services. Appropriate protection of confidentiality would need to be provided.

Recommendation XXIX

a) The Committee recommends that proposals for funding alcohol and drug treatment programs should give more attention to having measurable outcome objectives, explicit evaluation criteria and adequate funds budgeted for evaluation purposes.

b) We further recommend that program managers, selected staff and personnel within funding bodies should receive more training in the area of program evaluation to ensure a common understanding of evaluation methods and concepts and to facilitate the development of better quality assurance studies.

Recommendation XXX

The Committee recommends that in proceeding with Recommendations IV, XII and/or XIV that the relevant Ministries provide funding for the development of training programs which should be developed in collaboration with the Addiction Research Foundation.

APPENDIX E

NAMES AND AFFILIATIONS OF SUBMISSIONS

N.B. * **Submitted Only**
** **Submitted and Presented**
*** **Presented Only**

KITCHENER/WATERLOO - FEBRUARY 15 SUBMISSIONS

Val Baker **
Prescription Addiction
Research Consultant
Independent Living Centre of Waterloo

Belle Bennett ***
Change Now/Guelph

Cathy M. Brothers **
Director Community Services
St. Mary's General Hospital

James D. Van Camp **
Administrator
Listowel Memorial Hospital and Mayor of Listowel

David Coleman and Ted Mavor *
Waterloo Region Alcohol and Drug Assessment Service
Addiction Research Foundation
Community Advisory Committee

Sandy Ellis **
Labour Staff Representative
Labour Community Services of
Waterloo Region

George Fraser and Andy Mcleod ***
Individuals

Diane Frederick **
Assessment/Aftercare Counsellor
Alcontrol Homes

Pam Gardiner **
Program Director,
and Martin Buhr
Executive Director
Alcoholism Recovery Home-House of Friendship

Pam Gardiner *
Chairperson
Waterloo Wellington Addiction Workers Association

Thomas Guinsburg *
Dean
The University of Western of Ontario

Carole Hae ***
Waterloo Industrial Subcommittee of
Drug Awareness

Douglas Mitchell and James Lavell *
Intervention Focus Group
Grand River Collegiate Institute

Kenneth E. Motts *
Executive Director
AEQUITAS
Kitchener House
Commuity Resource Centre

Jassy Narayah **
Prevention Supervisor
Lutherwood and
Gary Foran, Manager of the
South Waterloo Housing Authority

Stephen Pierce **
Director
Community Alcohol and
Drug Services Agency

Neal Ruton *
Executive Director
Stonehenge

Darryl Upfold **
Coordinator
Young Adult Substance Abuse Clinic
St. Mary's General Hospital

Patricia R. Wolfe *
Individual
Kettle and Stony Point Reserve

LONDON - FEBRUARY 21 SUBMISSIONS

Shirley Anderson and Jeff Wilbee **
Citizens of Perth County

Dr. Martin Bokhout, M.D. **
Medical Officer of Health and Director
Huron County Health Unit
and Merill Thomas, Program Director
Huron Addiction Assessment Referral Centre

Lorna Chamberlain and Ernie Redden **
Associate Director
Addiction Unit Sarnia General Hospital

Angelina Chiu **
Chair
Subcommittee on Substance Abuse
Lambton District Health Council

Rita-Marie Hadley *
Assistant Executive Director
Brant District Health Council

Deborah Hill, C.H.R. *
Individual
Oneida Settlement, Southwold

Brian Lindsay *
Councillor
Town of Blenheim

Carol Loft *
Individual
Tyendinaga Mohawk Territory

Alison Mahon *
Assistant Executive Director
Lambton District Health Council/Sarnia

Kimberlee A. Martin *
Native Child Welfare and Prevention Worker
Member of the Six Nations Band
Brantford

Wendy Johnson-Martin *
Community Health Representative
Six Nations of the Grand River
Mohawk College Native Community Care Program

Ken McCabe ***
RAOUL Wallenberg Inc.

Rosaline McCoy **
Executive Director, and Tom Docksotder
Executive Director
N'Amerind (London) Friendship Centre
and Amy Williams Coordinator, Alcohol and
Substance Abuse Prevention Project

Jeffrey Rouse ***
Director
Cody Centre

Dagmar Sandy *
Christian Island Indian Reserve
Student at Mohawk College/Brantford

Linda B. Sibley *
Chairperson
Council For Action On
Alcohol and Other Drugs

Dr. David W. Smith **
Medical Director
and Phyllis Ferguson, RN and
Coordinator of the Addiction Rehabilition
Unit at St. Thomas Psychiatric Hospital

Bruce Taylor *
Chairman
Haldimand-Norfolk Detoxification &
Rehabilitation Service (Simcoe)
Holmes House

Bev Thompson ***
Executive Director
Westover Treatment Centre
Thamesville

Mary-Lynn Thompson **
Executive Director
Perth Addiction Centre Inc. Stratford

Cliff Trainor ***
Substance Abuse Representative
Joint Alcohol and Drug Abuse Program
General Motors C.A.W. Local #27

Olga Ufford **
Program Coordinator, Egerton Centre
Community Corrections of London

Paul Wagler *
Committee Member
Grey Bruce Detoxification Centre
Addiction Preventio Committee

Peter J. Welch *
DirectorAddiction Assessment & Referral Service
Haldimand-Norfolk Regional Health Dept.
(Simcoe)

Mike Wilson **
Acting Manager
St. Joseph's Health Centre
Substance Abuse Division

WINDSOR - FEBRUARY 22ND SUBMISSIONS

Marguerite Campbell **
Co-ordinator
Substance Abuse Services
The Salvation Army
Windsor Community Services Centre

Ron Dickson **
Coordinator
Substance Abuse Program, CAW

Charlene Dodge *
Native Community Health Worker
Walpole Island

Dwight Duncan **
Administrator and
Dr. Patrick Ryan, Director of the
28 Day Program and Professional Services
Brentwood Recovery Home

Elliot Dunlop **
Assistant Coordinator
Life Skills and Physical Education
The Board of Education for the City of Windsor

Denis Exner **
Manager of
Community Outreach Centre
Sydenham District Hospital Board

Judith Hall-Jacobsen *
Community Development Workers
Windsor FOCUS Community

Doreen Houle **
Native Social Counsellor
CAN-AM Indian Friendship
Centre of Windsor

Layne Katzman and John Zarebski ***
Addiction Services Task Force/Essex County

Connie-Jean Latam **
Citizen of Wheatley

Patricia Sword *
Program Coordinator
Walpole Island Community Service Program
NNADAP Walpole Island First Nation/Wallaceburg

TORONTO - FEBRUARY 28TH SUBMISSIONS

Irene Atkinson *
Trustee Ward 2
Toronto Board of Education,
and Chair, Parkdale Schools
Community Anti-Drug Committee

Frank Bean *
Regional Chairman and
Chief Executive Officer
The Regional Municipality of Peel
Task Force on Substance Abuse - Brampton

Sandy Bollenbach *
Health Promotion Coordinator
City of York Health Unit

Larry Booth **
Coordinator, Special Projects
Labour Community Services of Peel

Marilyn Bowers **
Coordinator
The Toronto Mayor's Task Force on Drugs

Dr. Daniel Buckley *
Warden Woods Medical Centre/Scarborough

John Butler *
Executive Director
Association of District Health Councils of Ontario (Brampton)

R. Campbell **
President
Renascent Fellowship
The Renascent Centres and
Frank O'Dea President Renanscent Foundation

Walter Cavalieri **
Social Worker
Parkdale Community Health Centre

Raymond J. Christopher **
Individual

Jim Clendinning *
Branch Manager
The Children's Aid Society of Durham Region
Ajax

Grant Corbett **
Program Supervisor
Assistant Clinical Professor
Department of Public Health Services
Alcohol and Drug Assessment Services
The Regional Municipality of Hamilton-Wentwort

Lori Dalecki *
Director
and Freda Muscovitch, Senior Training
Education Chair, Ad Coalition
CONNECT Counselling Services
The Canadian Hearing Society/Toronto

Ken Dietrich *
Central Region of the Alcohol and
Drug Recovery Association of Ontario
(ADRAO)
Society of St. Vincent De Paul
Ozanam House

Tom Draginov ***
Individual

Steve G. ***
Individual

Lynn Elkan *
Vice-President
Patient Services
York County Hospital Newmarket

Win Herrington and Diana Walker ***
Inner City/YOUTHLINK

Denis James *
Chair
Metro Toronto Addiction Treatment John
Services Committee

P.R.W. Kendall *
Medical Officer of Health
City of Toronto Department of Public Health

Sherry Kulman *
Executive Director
John Howard Society of
Metropolitan Toronto

Floyd Laughren *
Treasurer of Ontario

Margaret Leslie *
President Board of Directors
Destiny Manor/Oshawa

Toby Levinson MA.C.Psych **
Coordinator, Continueing Health Services
Program for Imparied Driving Offenders
and a Psychologist
Bellwood Health Services

TORONTO - FEBRUARY 28TH CONTINUED

Wally Coulthard **
Psychologist
Concerns Canada

Jessamyn Looyena *
Four Year Social Work Student
Ryerson Polytechnical Institute

Linda Lowery-Bell *
Chairperson
Substance Abuse Council for Youth in
Durham Region

Patricia Main *
Chairman
Metropolitan Toronto District
Health Council

Jack Pennings, M.S.W. **
and Lucy Costa
Persons United for Self-Help in Ontario
(PUSH)

Teddy Rose **
Starting Over Ltd.

Wes Smith *
Citizens for the Effective
Treatment of Substance Abuse in Ontario

Ian Stewart *
Chair
Assessment and Referral Managers
Coordinating Committee

ADAPT
The Halton Alcoholism and
Drug Addiction Program

Grace Terrett **
Director
YMCA House, and Charlynn Rhea
Coordinator, Youth Substance
Abuse Program

Mae Vaivods *
Chair
Mental Health and Addictions Committee
Halton District Health Council (Oakville)

David Ward *
Individual

Ruth Williams *
Individual
Bellwood Health Services

NORTH TORONTO - MARCH 1ST SUBMISSIONS

Dr. John Armstrong, M.D. **
President
Psychiatry Department,
North York General Hospital
and Brenda Formuse RN, Coordinator
North York General Hospital
Substance Abuse Program and
John Heggie, member of DANNY Board of Directors
North York General Hospital

Daniel Babbas **
The Patriarch Inc.
Action Sociale Prevention Sante Information

Dr. R. Gordon Bell **
Honourary Chairman
Bellwood Health Services

Diane Buhler **
Parents Against Drugs

Mr. A. L.P. Carrella **
Director and Chairman
Public and Government
Relations Committee
The Vitanova Foundation

Paul D. Flynn **
individual

Frank D. Hogan **
Therapist
Bellwood Health Services

Marja-Liisa Konttinen **
Coordinator
Metro Toronto Housing Authority
Anti-Drug Program

Dr. David Korn **
President and CEO
The Donwood Institute

Debra Levine ***
Senior Social Worker
North York General Hospital

Dennis Long **
Executive Director
Metro Toronto Addiction Treatment Services Committee
Director, Breakaway Treatment Centre

Brian McLatchie, Ph.D. *
Director
Pinewood Centre of Oshawa General Hospital

Carol V. Montagnes **
Executive Director
Ontario Native Council on Justice

Marie Murphy ***
United Steel Workers of America
District 6

Major Reginal Newbury **
President
Alcohol and Drug Recovery Association
of Ontario

David Olensky, R.N. Dr. Ac **
Director
North York Acupunture Clinic

Pat O'Neill **
Co-Chair
Project Rebirth Working Committee

Frank H. Parkhouse *
Deputy Chief of Police
Chairman, Ontario Association of
Chiefs of Police Drug Abuse Committee

Terrance Parsons *
Senior Vice-President
Commuhity Psychiatric Centres Ltd.
Woodbridge

Nancy Rickford *
Secretary
Metro Drug Abuse Prevention Task Force
The Municipality of Metropolitan Toronto

Dr. Dian Riley **
Canadian Centre on Substance Abuse

Councillor Judy Sgro **
Chairman
Mayor's Task Force on Drug Abuse

Mike Spence **
and Gord Whitaker
DART (Drug Awareness Resource Teachers)
Vaughan R. Collegiate

Ralph Stanley *
Lieut. Colonel
The Salvation Army Addictions and
Rehabilitation Department Secretary
Canada and Bermuda Territory

NORTH TORONTO - MARCH 1ST SUBMISSIONS CONTINUED

Keith McLeod *
President
Multicultural Health Coalition/Downsview

R.J. Miskokomon **
Anishinabek: Union of Ontario Indians Toronto Branch
Craig Thompson M.Ed. *
Vice-President
Employee Assistance Program Association of Toronto

John Trainor *
Chairman
EMHSA Etobicoke Mental Health
Services Agency/(The West Mall)

Kate Tschakovsky M.S.W. *
Addictions Program Worker
and Sharon Sawatzsky, Director
of Social Services
Elizabeth Fry Society of Toronto

Gloria Tuck A.E.D. *
Patient Services
Whitby General Hospital

T. Turner *
Medical Director
Mental Health Services Doctors Hospital
Multicultural Community Health Campus (Toronto)

Howard J. Watson MSW *
Director
Human Affairs Intl. Inc./Toronto

Lloyd Werden **
Executive Director and Program Director
ALPHA House

William Wine *
Executive Director
High Park Youth House

Linda Wright-Hoffman, MSW; *
Kerry Bowman MSW, Diane-Neil Pollinger MSW
and Robin Rutton MSW, The Toronto Hospital

Glenn Swansen *
Vice-President
Operation & Maintenance East
CP Rail Intermodal Freight Systems

KINGSTON - MARCH 7TH SUBMISSIONS

Douglas Auld *
President
Loyalist College/Belleville

Shiela Crook *
Health Promotion and
Lifestyle Consultant/Belleville

Arthur F. Bond *
Chairman
The District Health Council of
Eastern Ontario/Cornwall

Donald Bryce and Roger Ramage ***
individuals/Brockville

Don Cowell **
Executive Director
Drug and Alcohol
Day Treatment Program of Kingston
Addictions Training/Assessment Counselling
Susan Cross **
Executive Director
Alcohol and Drug Referral Centre of Kingston

Paul J. Dumas *
Program Co-ordinator
Pembroke and Area Community Corrections Council

Dave Gervais **
Program Director and Wally Sambirsky
Staff Member, Kingswood Centre Recovery Program

Gerry Gregory ***
Director
Detox Centre Hotel Dieu Hospital/Kingston

W.R. Hayden, CAC **
Executive Director
Brock Cottage Inc. and Tenant House
President of the Addiction Intervention Association

Tom Mawhinney, Ph.D, C. Psych. **
Clinical Coordinator Adolescent Residence
Beechgrove Children's Centre and
President of the Canadian Mental Health Association Kingston Branch

Charlene Metallic **
Native Alcohol Counsellor

Danielle Michel *
Francophone Project Co-ordinator
AWARE Action on Women's Addiction-Research & Education (Kingston)

Dr. David Mowat *
Medical Officer of Health and
Pat Brown, Program Manager Substance Abuse
Kingston, Frontenac and Lennox and Addington Health Unit

Hilton Murray *
Coordinator
Community Services
Alcohol and Drug Education Centre
Kingston Psychiatric Hospital

David North *
Executive Director
Tricounty Addictions Program (Tricap) Smith Falls

Phil Poirier *
Mayor
City of Cornwall

Dr. Duncan Scott *
Institute of Psychotherapy

Catherine Sutherland *
Director
Belleville ATAC Centre

Cathie West *
YOUTHAD Quinte Inc.
Belleville

Ted Worth *
Individual

OTTAWA - MARCH 8TH SUBMISSIONS

Gerry Backs *
Chairman of the Board of Directors
Sobriety House

Ariene and Patrick Beckett *
Individuals
Ottawa

Ron Bennett **
National Legislative Director
United Transportation Union

Michael F. Crowley **
Director of Development
Portage Ontario Drug Dependencies Program,
and Miguel Del Rosario Director of
Clinical Services Portage Montreal

Marion Dewar **
Executive Director
The Canadian Council on Children and Youth
and Member of the Board of Directors of the
Youth Drug and Alcohol Residential Treatment Centre
and Jay Acton, Board Member

Helen Henry **
Chairperson
Women's Advisory Committee Council
on Addictions Programs
Serenity Renewal for Families/Ottawa
Robert Hoffman *
President
John Howard Society of Ottawa

Dr. Timothy Hogan **
Executive Director
Youth Services Bureau

Nancy Kelly **
Program Consultant
Drug and Alcohol Prevention
Ottawa-Carleton Independent Living Centre

Denis Landry **
Special Assignment Teacher
Healthy Lifestyles Inter-Board
Substance Abuse Education Committee
Carleton Board of Education

Dr. S. M. Lena **
Pediatrician - Adolescent Medicine

Josephine MacFadden *
Youth Alcohol and Drug
Community Action Program

Mark Maloney, Councillor **
Regional Municipality of Ottawa-Carleton
Chairman, Health Committee (of Council)

Bart Marcolini, President *
United Transportation Union (Ottawa)

Jean Francios Milotte *
President of the Administration Council
Maison Fraternite

Georges Morin **
Regional Spokesperson
Alcohol and Drug Recovery Association of
Ontario/East Region

J.R. Riopelle **
Executive Director
Gateway House
Vice-President
Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario
(ADRAO)

C. Alexa Smith *
Chemical Dependency Counsellor

Jean Sorensen **
Residential Serivces Planner, and Bill Rooney
Supervisor Residential Support Services
Social Services Department
Regional Municipality of Ottawa-Carleton

Roger Thomas, M.D., Ph.D. *
Associate Professor of Family Medicine
University of Ottawa School of Medicine

Michael Wall **
Director
The Ottawa Recovery Centre

Paul Welsh *
Executive Director
Rideauwood Institute

Dr. Alan Wilson **
Royal Ottawa Hospital

WEST BAY - MARCH 21ST SUBMISSIONS

Chief Max Assinewai, *
United Chiefs and Councils of Manitoulin

Jane Bauer, M.S.W. **
Director
Community Clinics Department
Network North/The Community Mental Health Group

Kathy MacLeod-Beaver *
Health Representative in Aldeville First Nation
(Ojibway Community, Roseneath)

Linda M.O. Erskine **
Program Officer
West Bay FOCUS Community

Verzella Jeffkins **
Individual

Rev. Iain Macdonald **
Chairperson
Manitoulin Health & Social Services Advisory Committee

Mac Hall ***
Director
Manitoulin Board of Education
and Trustee with the Board of Education and
Chairperson of the Board of Board of Drug and Alcohol Committee

Daniel Manitowabi **
Clinic Manager
Nadmadwin Mental Health Clinic
WIIDSEMSHINAANG (Walk With Us) Anti-Drug Program

Peter Manitowabi **
Director
Wikwemikong Rainbow Lodge

Arthur McCord **
Coordinator Family Addictions
Elliot Lake Family Life Centre

Mary Nelder **
Director
Manitoulin Haven House Inc.

Chief Stewart Roy **
West Bay First Nations Band

Don Trudeau ***
Anishnabie-Naadmagi-Gamig Treatment Centre/Blind River

Chief Norma Fox Wagosh *
Cockburn Island First Nation

SUDBURY - MARCH 22ND SUBMISSIONS

Dan Bagley **
Co-ordinator
The North Bay Anti-Drug FOCUS Coalition

Doug Basha ***
United Steel Workers of America Local 6500

E.C. **
Individual

Peter Desotti **
Individual

Bob Dunlop, **
Chairman and Jack Clervier
Vitaway Farm Ad Hoc Committee

Kathrine Eckler **
Program Director
Addiction Services of Nipissing
Community Counselling Centre Nippissing

Michael Fairhart **
Coordinator
Information and Planning, and
Marie Hill RN, Research and Education
North Bay Psychiatric Hospital

Roger and Roberta Floyd **
Members of Parents Against Drugs

Barbara Frohlick **
individual

Greg Howse *
Executive Director
Simcoe Outreach Services Barrie

Kathryn Irwin-Seguin, C.A.C *
Executive Director
Robins Hill Aftercare Services Inc.

Louise Johnson *
Executive Director
St. Joseph's General Hospital/North Bay

Marlene Johnson **
Individual

Sr. Mae Kierans
Director
Camillus Centre Residential Treatment
St. Joseph's General Hospital

Eugene Kiviaho **
Program Director
The Salvation Army Addictions Treatment and
Rehabilitation Centre

Lois Krause *
Vice-President
Community Programs Plummer Memorial
Public Hospital Sault Ste. Marie

Raymond M. Landry *
Executive Director
LAMAISONARC-EN-CIEL
Centre De Rehabilitation du Nord de
l'Ontario Inc.

Suzanne Morassut **
Executive Director
Parents Against Drugs

Jim Park **
Action Centre for Youth

Michael Park *
Chief Executive Officer
Network North
The Community Mental Health Group

Frank H. Parkhouse *
Deputy Chief of Police
Chairman - O.A.C.P. Drug Abuse Committee

Dr. Kate Pautler *
Health Planner
Muskoka Parry Sound District Health Council

Dave Pope **
Chairperson
Espanola Mental Health Clinic
Community Advisory Committee

Gene Quinn **
Coordinator
E.A.P. Services the Group Health Centre
Sault Ste. Marie

John V. Rimore, and **
Sr. Gemonne Bigras, Program Coordinators, and
Garry Briscoe, Executive Director
La Societe John Howard Society of Sudbury

Dagmar Sandy *
Christian Island Indian Reserve
Student at Mohawk College/Brantford

Ernie Zivny ***
Whitefish Lions Club

THUNDER BAY - MARCH 26TH SUBMISSIONS

Alan T. Bedard **
Councilor - Ward 1
Corporation - Town of Fort Frances

David Belrose *
Education Coordinator
ACT,
Aids Committee of Thunder Bay

D. Bevilaqua *
Area Manager

Ministry of Correctional Services
Probation and Parole Services Thunder Bay
Sault Ste. Marie FOCUS Community Coa
Bonnie Boubold **
Program Coordinator
Pineview Treatment Facility Minnosota, U.S.

Elizabeth Cowley *
Coordinator Chemical Dependency Program
Lakehead Psychiatric Hospital
Member of Weedahmagin Treatment
Nancy Doetzel **
Alcoholism Counsellor

Joan Gale-Ewen **
Joan Gale Addiction Consulting

James Grant **
Supervisor
Mental Health Counselling Services for
Northern Children

Shelley Ireland *
Addictions Counsellor
Riverside Community Addictions Services/Fort Frances

Carla Kilner and Fred Grozelle **
Boise Cascade Canada Ltd.
Publishing and Packaging Paper Division
Employee's Family Assistance Program
Exeuctive Director
Darlene J. Laboucane **
Regional Coordinator
P.U.S.H. Northwest (Persons United for Self-Help)

Teresa Legowski **
Research and Development Officer
Independent Living Services for Thunder Bay Inc.

Ann M. McDowell **
Staff Associate
St. Pauls United Church
St. Pauls Independent Living
Substance Abuse Coalition

Chief Calvin Morrison, and **
Vern Stevenson
Citizens from the Community of Fort Frances
"Flying on Your Own" Program

Geraldin Roberts *
Community Development Worker

Don Shackel **
Addictions Counsellor
Sioux Lookout District

Chief Douglas Sinoway ***
White Sand First Nation, and

Facility Health Centre, and
Elsie King Executive Director for
Alcohol and Treatment Centre

Mr. J.O. Thompson **
Director
Riverside Community Addiction Services
Fort Frances

Joe Virdiramo **
Spokesperson for Concerned Citizens of
Nipigon-Red Rock

Arend Visser *
Executive Director
Anishinabeg Community Counselling Services
Fort Frances

Carl White **

St. Joseph's General Hospital, and
Fred Baker, Counsellor
Smith Clinic Chemical Dependency Program
Sault St. Marie

ST. CATHARINES - APRIL 5TH SUBMISSIONS

Al Baker **
Addiction Services Mobilizing Committee

Alan R. Baker *
Executive Director
Alcohol and Drug Treatment Centre/Niagara

Paul Beaumont *
Chairperson
Addictions Services Sub-Committee
Haliburton, Kawartha & Pine Ridge/Peterborough

Joe Bouchard **
National Representative
Canadian Union of Public Employees (CUPE)/Toronto

David Bowan **
Executive Director, and
David D. Day, Associate Director
KURIOU Youth Services/Toronto

Joseph N. Burkholder *
Medical Officer of Health
Regional Niagara Health Services Department

Father Carparelli **
CARITAS Project/Toronto

Loraine Chapman *
Chairperson
Ontario Detox Directors Executive/Hamilton

Sylvia Green **
Niagara E.A.P. Council

Sandy Groves *
Public Relations Founder
St. Catharines Parent Support Program

Jeannette Hay **
National Director
SAY NO TO DRUGS, SAY YES TO LIFE

Jacquie Herman ***
Niagara E.A.P. Council

Timothy L. Hill *
Chairman
Ontario Rural Network Steering Committee
and Director of Mental Health Services
Grey-Bruce Regional Health Centre/Owen Sound

Don Jaffray *
Chairperson
Service Planning and Coordination Subcommittee
The Social Planning and Research Council of
amilton and District

James Lawrence **
President and CEO, and Jeffrey Stein
Phoenix Alcohol and Drug Consultants Inc.
Peteborough

Father Lombardi **
Ontario Multifaith Task Force/Toronto

George McPherson *
Individual
St. Catharines

Norma Medulun C.A.C. *
Manager
Women's Detox - Hotel Dieu Hospital

Ruth Morris **
RittenHouse

Dave Rourke and Paul Sage **
Hugs and Hope Inc./Niagara on the Lake

Ron Shaw *
Executive Director
Kent County District Health Council/Chatham

Pete Sheehan **
Individual
St. Catharines

Jessica L. Summers *
Oneida Nation of the Thames
Student at Mohawk College
"Introduction to Substance Abuse"

Mark Taylor **
President
Addiction Research Foundation (Provincial)

Shirley Vollick *
Director
Public General Hospital
Kent County Addictions Program/Chatham

ST. CATHERINES - APRIL 5TH SUBMISSIONS CONTINUED:

William R. Hoffard *
Clerk Treasurer
Office of the Clerk-Treasurer/Stratford

Lisa Horvatek *
Community Outreach Worker, and
Fraser Steward, Chief Executive Officer
AIDS Committee of Niagara

Peter Zien *
Information Referral Coordinator
Niagara Centre fo Independent Living

Rob West **
Labour Staff Representative
Labour Community Services of Metropolitan Toronto

Gary N. Zalot *
Executive Director
Niagara District Health Council/Fonthill

KENORA - APRIL 19TH SUBMISSIONS

Phyllis Anderson **
Chairperson
Red Lake/Ear Falls Alcohol Program Advisory Committee,
and Iver N. Torgerson, Director
Red Lake/Ear Falls Adult Mental Health Services

Dr. Ed Connors, and Patricia Copenace **
Sacred Circle/Flying On Your Own

Rosalyn Copenace Coordinator, **
Irene Bergman, HBSW Addictions Counsellor,
Kenora Addiction Counselling Services
Lake of the Woods Hospital

Randy Councillor **
Alpha Delta Chi House
Kenora Detox Centre Lake of the Woods Hospital

Roseanna Councillor ***
Director
Services to Inhalant Abusers
Using Traditional Methods
Lake of the Woods District Hospital

Ralph Johnson **
Chairman of the Board
OH-SHKI-BE-MA-TE-ZE-WIN Inc.

Dr. J. Ledger M.D. **
Chief of Psychiatry, and David Novak, M.S.W., C.S.W.
Director, Social Services
Lake of the Woods District Hospital

Ashley Moss *
Addictions Counsellor Dryden District General Hospital

David Novak, MSW CSW *
Director
Social Services Lake of the Woods District Hospital

Alfred Oshi ***
Local Coordinator NNADAP

Adelheid Ruppenstein ***
Program Coordinator, and
Garry Countes Executive Director
Addiction Counselling and Educational Services Frances

Alison Shpirko-Welley ***
Clinical Supervisor
Child Development Centre Lake of the Woods Hospital

Colin Wasacase ***
Ojibway Family Tribal Services

BRAMPTON - APRIL 29TH SUBMISSIONS

Six OCI Residents

OCI Staff

David Maben, Coordinator, Treatment Services
Catherine Maunsell, Chief Social Worker
Reg Reynolds, Chief Psychologist

OCI Correctional Officers

Ian Capewell
Kasey De Haas
Linda Lemieux

Seven Vanier Centre Residents

Vanier Treatment Staff

Grant Coulson, Psychologist

ADDITIONAL SUBMISSIONS

Mary Compton *
Director of International Patient Relations
H.C.A. Peninsula Hospital/Belle Park Hospital Hampton Virginia U.S.A.

M. Helm *
Individual

Martin B. Spray, Ph.D., R. Psych. *
Executive Director
Victoria Life Enrichment Society /Victoria, British Columbia

APPENDIX F

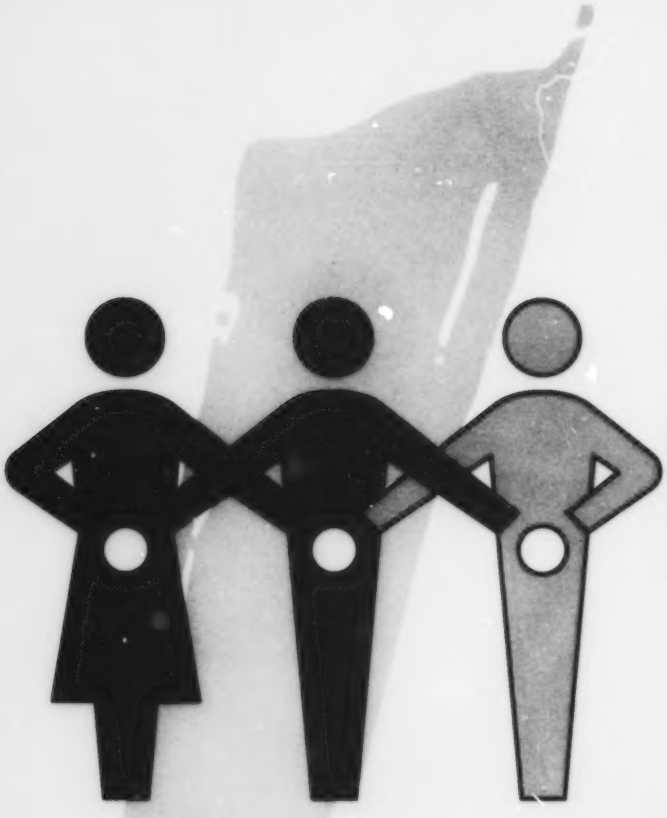
TERMS USED IN REPORT

(a) The term "report" shall, in all cases within this document, refer to the *Vision for the '90s* report, unless otherwise specified.

(b) In all cases the word "**recommendation**" appearing in bold type is a reference to recommendations contained within the *Vision for the '90s* report

(c) "Task Group" "consultation committee" and "committee" refer to the committee of parliamentary assistants chaired by George Mammoliti, MPP, unless otherwise specified.

(d) "Advisory Committee" refers to the Advisory Committee on Drug Treatment reporting to the Minister Responsible for the Anti-Drug Strategy, chaired by Garth Martin. The "Advisory Committee" wrote the report, *Treating Alcohol and Drug Problems in Ontario: A Visions for the '90s.*



UNE QUESTION D'ENTRAIDE

LA POPULATION ONTARIENNE ET LE TRAITEMENT DES PROBLÈMES D'ALCOOL ET DE DROGUES

Ontario

George Mammoliti, Députée
Président, Groupe d'étude
Consultation publique
sur le rapport du comité
consultatif sur le traitement
de la toxicomanie

1991

November 19, 1991

L' honorable Frances Lankin
Ministre déléguée à la
Stratégie antidrogue
80, rue Grosvenor, édifice Hepburn
10' étage
Toronto, (Ontario)
M7A 2C4

Madame la ministre,

Nous avons le plaisir de vous remettre le rapport «Une questions d'entraide ; la popuation ontarienne et le traitement de problémes d'alcool et de drogues»

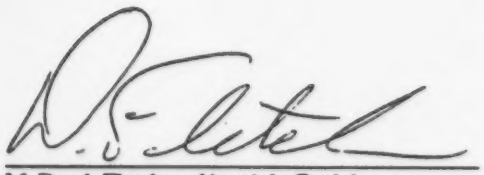
Le ducument constitue un résumé des consultations publiques menées par un group de travail d'adjoints parlementaires du rapport *«Le traitement des probémes d'alcool et de drogues en Ontario : une perspective pour les années 90»*
Recevez, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

M. George Mammoliti, député de Yorkview
Adjoint parlementaire du ministre délégué
à le Stratégie antidrogue
Président

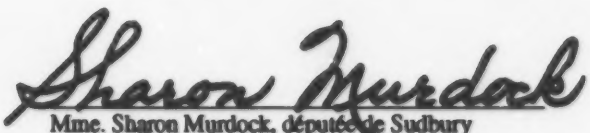
Dr. Robert Frankford, député de Scarborough Est
(acien adjoint parlementaire du ministre
de la Santé)
Vice-Président

M. George Dadamo, député de Windsor-Sandwich
Adjoint parlementaire du ministre
des Transports

M. Gordon Mills, député de Durham Est
Adjoint parlementaire du ministre
du Soliciteur général

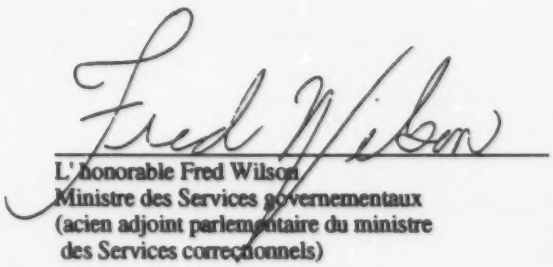


M. Derek Fletcher, député de Guelph
Adjoint parlementaire du ministre
de la Consommation et du Commeroe



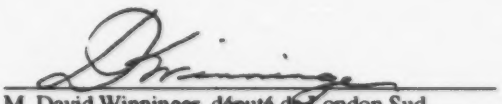
Mme. Sharon Murdock, députée de Sudbury
Adjointe parlementaire du ministre
du Travail

Mme. Margaret Harrington, députée de Niagara Falls
Adjointe parlementaire du ministre
du Logement



L'honorable Fred Wilson
Ministre des Services gouvernementaux
(acien adjoint parlementaire du ministre
des Services correctionnels)

M. Randy Hope, député de Chatham-Kent
Adjoint parlementaire du ministre
des Services sociaux et communautaires



M. David Winninger, député de London Sud
Adjoint parlementaire du ministre
délégué aux Affaires autocgtones

M. Tony Martin, député de Sault Ste. Marie
Adjoint parlementaire du ministre
de l'Éducation

UNE QUESTION D'ENTRAIDE

La population ontarienne et le traitement des problèmes d'alcool et de drogues

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	Page 2
Commentaires de la direction	Page 4
Introduction	Page 5
Survol de la réaction du public	Page 7
Réaction du public au rapport du Comité consultatif	Page 10
Questions soulevées par le public	
• régions rurales et éloignées	Page 43
• rôle du milieu de travail	Page 44

ANNEXES

Membres du groupe d'étude interministériel de l'adjoint parlementaire	A
Programme des tribunes publiques	B
Membres du Comité consultatif ministériel	C
Faits saillants et recommandations : *«Le traitement des problèmes d'alcool et de drogues en Ontario : une perspective pour les années 90»*	D
Nom et affiliation des personnes qui ont soumis des réponses	E
Glossaire des termes du rapport	F

REMERCIEMENTS

Nous ne saurions exprimer toute notre gratitude envers les nombreux organismes et la foule de personnes qui ont oeuvré de concert avec le Groupe de travail sur le traitement de la toxicomanie. À l'annexe, on trouvera une liste des personnes qui ont soumis une réponse verbale ou écrite à notre comité.

Garth Martin, président, ainsi que Linda Bell, le Dr Lina Charette, Grant Lowery, le Dr Don Pierson, Wanda Smith et le Dr Eugene Stasiak, tous membres du Comité consultatif sur le traitement de la toxicomanie, ont voyagé avec le Groupe de travail, et ont apporté au groupe et au public des données et un appui éclairés. Nous les en remercions mille fois.

Les conseils de Jon Kelly, directeur, et du personnel du Secrétariat provincial de l'action antidrogue furent inestimables. Mary Shantz, directrice de la gestion des politiques, a été à la fois le guide, le conseiller, la conscience, le rédacteur, l'organisateur, le médiateur et l'amie du Groupe de travail. Christine Avery, adjointe de direction, a distribué des rapports, compilé les horaires des présentateurs et conseillé ceux qui souhaitaient soumettre des réponses au groupe. Merci à tous. Nous remercions également Elizabeth Guccione, agent principal des communications du ministère du Solliciteur général, qui a donné ses conseils d'experte en rédaction.

Corporate Events Management Inc., *MarketLink Communications*, et Frazer Kelly et associés méritent tout autant nos remerciements. Jacqui Peake, de *Corporate Events*, et Patricia Trusty ont voyagé partout avec le Groupe de travail et se sont révélés des ressources inestimables lors de la consultation.

Nous sommes reconnaissants envers le ministère de la Santé de s'être intéressé à la tournée. Nous remercions Elaine Bishop, Robin Daly, Barbara Dominic, David Hodson, Barbara Sims et Stephanie Zilinski, conseiller(ère)s en formation de programme de collectivités en Direction des services communautaires de santé mentale, de s'être joints à nous au sein des collectivités qui relèvent de leur autorité. Nous remercions spécialement Steve Lurie, coordonnateur de la santé mentale et de la toxicomanie, et Larry Till, attaché de direction de l'adjoint parlementaire, de nous avoir fourni leurs conseils lors de la tournée de consultation.

Nous aimerions souligner avec reconnaissance les efforts des Conseils régionaux de santé et des bureaux locaux de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie dans le but d'organiser et de superviser les services de traitement locaux fournis au Groupe de travail dans chaque localité visitée. Nous aimerions également remercier Debrah Newman, surintendante, et David Maben, coordonnateur des services de traitement, de leur collaboration inestimable à l'organisation de la visite de l'Institut correctionnel de l'Ontario par le Groupe de travail.

Le Groupe de travail a énormément apprécié le travail préparatoire effectué par les ministères et secrétariats participants, le travail du personnel des adjoints parlementaires, la participation, l'intérêt et l'assistance de Michael Brown, député d'Algoma-Manitoulin, de Christel Haeck, député de St. Catharines-Brock, de Frank Miclash, député de Kenora, de Mark Morrow, député de Wentworth-East, de Kimble Sutherland, député d'Oxford, et de Brad Ward, député de Brantford.

Le Comité aimerait souligner l'engagement et le dévouement dont a fait preuve Bill McBain au cours du processus de consultation. Nous désirons le féliciter de l'organisation et de la coordination de toute la tournée de consultation publique. Nous le remercions de ses efforts incessants et des nombreuses heures de dur labeur qu'il nous a consacrées.

À tous ces gens, aux tribunes publiques partout en Ontario qui nous ont fait part de leurs idées, de leur expérience et de leur compassion, merci.

COMMENTAIRES DE LA DIRECTION SUR «LE TRAITEMENT DES PROBLÈMES D'ALCOOL ET DE DROGUES EN ONTARIO : UNE PERSPECTIVE POUR LES ANNÉES 90»

Le 15 février, à Kitchener, le Groupe de travail interministériel de l'adjoint parlementaire a entrepris d'obtenir la réaction du public aux recommandations contenues dans le rapport du Comité consultatif, *Le traitement des problèmes d'alcool et de drogues en Ontario : une perspective pour les années 90*. Les lecteurs trouveront dans les pages qui suivent un résumé des 275 réponses soumises au comité au cours de la consultation.

Le comité a été très touché par le processus de consultation. Dans toute la province, nous avons rencontré des gens de différents milieux et antécédents, dans diverses situations. Presque toutes ces personnes livraient une lutte quotidienne au drame de la dépendance à titre de médecins, de conseillers, d'alcooliques ou de toxicomanes en rétablissement, ou encore elles avaient eu à lutter avec la toxicomanie d'amis ou de membres de la famille, ou à vivre avec le souvenir d'avoir grandi au sein d'une famille dont un des parents souffrait de dépendance. Nombre d'entre eux faisaient face à ces problèmes d'une autre façon.

Le Groupe de travail n'a pas prêté oreille qu'aux réactions cliniques ou expertes au rapport du Comité consultatif, mais également à l'émotion, à la souffrance et à l'espoir que vivent ceux et celles qui vivent et transigent tous les jours avec ces problèmes. Le rapport *Une perspective pour les années 90* a fait figure de projet de changement pour bon nombre de ces gens.

Ayant fait la tour de la province, je crois que tous les membres du comité ressentent aujourd'hui l'urgence et le désir de changer nos services relatifs à la toxicomanie. Les membres du comité ont acquis une compréhension affective, en plus de connaissances intellectuelles, sur l'effet de la dépendance.

Les consultations du genre n'ont rien de neuf, mais on doit sans cesse souligner l'importance qu'elles ont pour le gouvernement et le public, et favoriser leur multiplication. La consultation, le dialogue, le débat et la critique doivent être incessants. Le rapport du Comité consultatif et ce résumé des réactions du public ne devraient pas être perçus comme des documents définitifs sur le traitement des diverses dépendances, mais plutôt comme partie d'un processus permanent. Nous devons toujours être à l'écoute et relever les défis.

La consultation fut mémorable. Je remercie tous ceux qui y ont pris part et souhaite qu'elle continue.

George Mammoliti, député de Yorkview
Adjoint parlementaire du Ministre Responsable de l'action antidrogue
Directeur, Groupe de travail

UNE QUESTION D'ENTRAIDE

La population ontarienne et le traitement des problèmes d'alcool et de drogues

INTRODUCTION

Le 19 décembre 1990, le Comité consultatif sur le traitement de la toxicomanie déposa un rapport de 200 pages intitulé *Le traitement des problèmes d'alcool et de drogues en Ontario : une perspective pour les années 90.* Ce dernier contenait 30 recommandations importantes en vue de la création en Ontario d'un système de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie mieux adapté et plus efficace, notamment sur le plan des coûts.

Le présent rapport offre un résumé et une synthèse de la réaction des Ontariens et des Ontariennes à *Une perspective pour les années 90.*

Le Comité consultatif sur le traitement de la toxicomanie, composé de 11 experts reconnus dans le domaine et présidé par Garth Martin, de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, fut désigné le 20 mars 1990. Sa mission consistait à examiner les méthodes existantes de traitement de la toxicomanie, à recommander des services et priorités de traitement futurs, à proposer un usage plus efficace des programmes en place et à préciser les besoins de recherche. Afin de fournir à tous les groupes et membres du public concernés une occasion de faire part de leurs commentaires sur le rapport, l'honorable Mike Farnan, ministre délégué à la Stratégie antidrogue, a demandé à son adjoint parlementaire, George Mammoliti, de présider 13 tribunes publiques partout en Ontario. Un Groupe de travail d'adjoints parlementaires de sept ministères et de deux secrétariats intéressés par ces questions a organisé des tribunes entre le 17 février et le 29 avril 1991, afin de recueillir les réactions aux recommandations du rapport du Comité consultatif.

En annonçant le début du processus de consultation publique, M. Mammoliti a déclaré : «Je crois qu'il est important d'écouter toutes les opinions sur l'utilisation efficace de nos ressources, surtout en période de contrainte économique, de façon à ce que le traitement de la toxicomanie soit accessible et réponde aux besoins de tous les résidants de l'Ontario.»

Afin de donner au plus grand nombre de gens possible l'occasion de réagir à *Une perspective pour les années 90* dans toute la province, on a entrepris une double stratégie détaillée.

On a posté des invitations à participer au processus de consultation publique aux citoyens, aux premières nations, aux groupes d'entraide, aux éducateurs, aux professionnels de la santé et aux hôpitaux, aux groupes communautaires, aux agents municipaux et autres, ainsi qu'aux agences et aux organismes qui procurent une évaluation, une orientation et des services de traitement aux toxicomanes.

Les médias contribuèrent à informer davantage le public de cette occasion de participer et de répondre au rapport. Des communiqués de presse annonçant chaque tribune publique furent transmis à plus de 640 organes de presse écrite et électronique de la province. On informa également les médias locaux et régionaux de l'événement imminent grâce à une inscription au calendrier, à des messages d'intérêt public, à une publicité et à un message personnel les priant de divulguer à la collectivité la date, le lieu et la méthode de participation.

On distribua d'abord plus de 1 000 copies de *Une perspective pour les années 90* aux organismes, aux agences et aux personnes lorsque le rapport fut publié, et on offrit 1 500 copies additionnelles au cours du processus de consultation publique.

Le Groupe de travail entendit en premier lieu des présentations verbales selon une liste de rendez-vous, et toutes les parties intéressées qui n'eurent pas la chance d'offrir une présentation verbale furent priées de soumettre des réponses écrites à M. Mammoliti avant la première semaine de mai 1991.

Dès le début, on établit clairement que le but du processus de consultation publique était de fournir l'occasion aux citoyens de l'Ontario de faire part de leurs commentaires sur les recommandations du rapport.

Les consultations publiques débutèrent le 15 février 1991 à Kitchener, sous la présidence de l'honorable Mike Farnan. On organisa par la suite d'autres tribunes à Windsor, à London, à Toronto, à North York, à Kingston, à Ottawa, à West Bay, à Sudbury, à Thunder Bay, à St. Catharines et à Kenora. Comme il désirait que le Groupe de travail entende aussi l'opinion des personnes au sein du système correctionnel, M. Mammoliti organisa une audience conjointe du personnel et des résidants du Centre Vanier pour les femmes et de l'Institut correctionnel de l'Ontario à Brampton, le 29 avril 1991.

On enregistra toutes les présentations orales pour considération et référence futures. On offrait la version française à tous les endroits officiellement bilingues.

À la fin du processus de consultation publique, le 29 avril 1991, le Groupe de travail avait entendu 173 présentations orales et M. Mammoliti avait reçu 245 réponses écrites. En tout, 275 organismes ou personnes ont répondu au rapport. Vous trouverez à l'annexe le nom et l'affiliation de tous ceux qui ont soumis leur opinion. Chaque réponse fut soigneusement examinée et considérée lors de la préparation du présent rapport, ce qui reflète une vue d'ensemble et le consensus de ceux et celles qui ont réagi à *Une perspective pour les années 90*.

UNE QUESTION D'ENTRAIDE

La population ontarienne et le traitement des problèmes d'alcool et de drogues

SURVOL DE LA RÉACTION DU PUBLIC

Le gouvernement a été félicité de la célérité qu'il a démontrée à recueillir l'opinion du public au sujet du rapport *Le traitement des problèmes d'alcool et de drogues en Ontario : une perspective pour les années 90.* Tous ceux qui se sont présentés devant le Groupe de travail appuyaient globalement le rapport. Au cours du processus de consultation, les présentateurs ont fait preuve d'une grande préoccupation au sujet des problèmes actuels et de la promesse d'amélioration des services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie en Ontario.

Nous vous présentons maintenant un résumé des réactions de la population de l'Ontario à *Une perspective pour les années 90.*

I. Appui solide et général du plan et des recommandations principales de *Une perspectives pour les années 90.*

Tous ont reconnu que le rapport constitue un excellent plan d'amélioration et de revitalisation des services de traitement des personnes qui souffrent de problèmes d'alcool ou de drogues dans la province. À quelques exceptions près, les présentateurs ont préconisé une mise en vigueur rapide des recommandations principales du rapport. Toutefois, cette dernière devrait refléter les circonstances, l'expérience et l'expertise de la région. Bon nombre d'agences et d'organismes ont offert leur appui et leur collaboration à la mise en vigueur des recommandations.

II. Entière désapprobation des dépenses à l'extérieur du pays

Sauf quelques exceptions, on a fortement désapprouvé le fait de dépenser des millions de dollars aux États-Unis pour le traitement des problèmes d'alcool et de drogues, en admettant toutefois que les services de traitement sont absents dans de nombreuses régions de l'Ontario.

Les subventions de la RASO qui se dépensent actuellement aux États-Unis devraient être allouées au développement et à l'expansion des services de traitement de la province. Ce faisant, le gouvernement devrait prendre en considération les besoins spéciaux des régions rurales, éloignées et nordiques de la province.

L'accès au traitement aux États-Unis devrait décliner en proportion de l'expansion des installations de traitement, et ne devrait pas être interdit aux régions où des services particuliers ne sont pas disponibles ou accessibles au moment opportun en Ontario.

Entre-temps, on devrait entreprendre une révision des services offerts aux États-Unis, établir des normes et mettre au point un système de demandes de traitement afin de contrer les abus manifestes du système en place. On devrait accorder des subventions, des ressources et des lignes directrices aux agences d'évaluation et d'orientation afin de mettre sur pied ce système de demandes de traitement.

III. Assurer l'accessibilité

Les services de traitement doivent être accessibles et les options de traitement, souples. La capacité de répondre immédiatement à l'appel à l'aide d'une personne est primordiale. Tous les résidants de l'Ontario, sans égard à la culture, à la langue, à la race, à la religion, au sexe, à l'âge, à l'orientation sexuelle, au statut économique ou social et à la condition physique ou psychologique doivent avoir accès aux services appropriés en cas de besoin.

IV. Acceptation générale du soutien aux milieux génériques plutôt qu'au système traditionnel spécifique aux dépendances

On a appuyé sans réserve les programmes externes dans les milieux génériques et le changement du système spécifique aux dépendances traditionnel à des milieux élargis, ce qui accroît les occasions de dépistage et d'intervention précoces dans des milieux comme les hôpitaux, les écoles et les installations correctionnelles. Ce changement de cap doit inclure une réponse aux besoins de subventions et de formation de ces milieux.

V. Perspectives sur les approches de traitement

On a discuté de l'efficacité de diverses approches de traitement au cours de la consultation. Certains présentateurs croyaient que le rapport faisait preuve d'un parti pris en faveur d'un mode de traitement médical et qu'il sous-estimait les modes de traitement d'entraide non médicaux.

VI. Traitement résidentiel ou non

Les organismes et personnes qui s'occupent des services aux jeunes et aux personnes qui ont de graves problèmes de dépendance croyaient que le traitement résidentiel constitue la meilleure solution pour ces personnes, car il les retire du milieu qui contribue au problème.

Les parents ont donné des exemples dramatiques de leur difficulté à trouver de l'aide pour leurs enfants. Non seulement sommes-nous en présence d'un manque d'installations, mais également d'une incapacité de reconnaître la dépendance à l'alcool et aux drogues chez de nombreux professionnels de la santé.
Il existe un besoin de formation en dépistage et en intervention au sein des milieux génériques et de la collectivité dans son ensemble. La province devrait créer un bureau central d'information, accessible au public, afin de diriger les ressources d'évaluation, d'orientation et de traitement. On devrait annoncer partout les services de traitement en Ontario.

Les jeunes de moins de 16 ans souffrent d'un sérieux manque de traitement approprié. Les divisions relatives à l'âge, décrétées par les ministères, sont beaucoup trop arbitraires. Le traitement doit être souple afin de permettre aux adolescents d'âge critique d'être dirigés vers les services de traitement les plus appropriés à leur développement affectif.

VII. Coordination provinciale et locale, et définition des priorités

Les services de traitement doivent être coordonnés aux niveaux provincial et local afin d'accorder un

maximum de soins de façon économique; un organisme provincial devrait assumer la responsabilité de la coordination et du financement du traitement, et les priorités de traitement devraient bénéficier de l'influence de la contribution locale. On devrait réviser les services et programmes actuels, et redresser les services en place plutôt que de «réinventer la roue du traitement» (Kitchener, le 15 février).

VIII. Initiatives en milieu de travail et groupes d'entraide

Le milieu de travail est un des premiers endroits où dépister des problèmes d'alcool et de drogues et y intervenir, selon de nombreux présentateurs. Des représentants de la main-d'oeuvre ont demandé au Groupe de travail de songer à entériner une proposition selon laquelle les programmes d'aide aux employés seraient obligatoires au travail en vertu de la loi.

Les programmes d'aide aux employés, les groupes d'entraide, les organismes communautaires et de charité qui viennent en aide aux personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues méritent plus d'attention que ne leur en accorde le rapport du Comité consultatif.

IX. Les autochtones

Les délégations des premières nations ont demandé que les décisions relatives aux politiques, aux priorités, aux programmes, aux méthodes et au financement du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie soient prises par les organismes autochtones adéquats.

Les réponses soumises par les premières nations appuyaient la recommandation du rapport voulant que les programmes de traitement soient adaptés à la culture et mis au point, dirigés et administrés par des autochtones dans le cadre d'un rapport de gouvernement à gouvernement avec la province.

Il existe un besoin urgent de financement et de formation additionnels afin de s'attaquer au taux élevé des problèmes d'alcool, de drogues et de solvants chez les autochtones. Le problème d'abus de solvants exige une solution immédiate.

La province doit travailler en étroite collaboration avec le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et de drogues chez les autochtones (PNLAADA) afin de s'assurer que ces questions soient traitées en accord avec les besoins et les objectifs des premières nations.

X. Les groupes aux besoins spéciaux exigent plus d'attention

On a appuyé la reconnaissance des patients porteurs du VIH/sida en tant que groupe unique nécessitant une attention spéciale, et le fait que la prévention de l'infection au VIH est reliée à la consommation de drogues. Les recommandations du Comité consultatif en matière de prévention du VIH doivent être mises en application immédiatement.

On doit accorder une attention spéciale à certains secteurs précis de la population, notamment les femmes, les personnes âgées, ceux qui souffrent de désordres doubles, les groupes ethnoculturels, les

jeunes de la rue et les sans-abri. On s'est beaucoup soucié de l'absence de mention des besoins des personnes handicapées dans le rapport du Comité consultatif.

Le ministère des Services correctionnels devrait mettre en application des programmes d'évaluation et de traitement pour les contrevenants, à l'intérieur des établissements et à la faveur de l'accessibilité des programmes communautaires.

Les polytoxicomanes et ceux qui souffrent à la fois de toxicomanie et d'autres troubles psychiatriques ont besoin d'un traitement spécial.

Les groupes spirituels jouent un rôle important dans le dépistage précoce, la prévention et l'éducation, en plus de donner des consultations grâce aux services des aumôniers.

XI. Les régions rurales, éloignées et nordiques ont des besoins uniques

Les politiques et les changements du système de traitement doivent refléter l'expérience du Nord de l'Ontario et des régions rurales et éloignées, où existent un sérieux manque de services et de longues listes d'attente de traitement. L'isolement occasionne des obstacles importants à la prestation de services. On n'a pas traité adéquatement le taux élevé de toxicomanie des collectivités des territoires nordiques. Les problèmes uniques de prestation de services et les besoins spéciaux des collectivités rurales sont négligés dans le rapport du Comité consultatif.

Ceux et celles qui ont effectué des présentations orales ou écrites devant le Groupe de travail ont soulevé de nombreuses autres questions d'intérêt. Ces dernières sont révélées dans la revue suivante des réactions du public aux recommandations du rapport du Comité consultatif.

RÉACTION DU PUBLIC AU RAPPORT DU COMITÉ CONSULTATIF CADRE DE RÉFÉRENCE CONCEPTUEL DE L'USAGE ET DE L'ABUS D'ALCOOL ET DE DROGUES

(Chapitre 2 — *Une perspective pour les années 90*)

Recommandation I

Le Comité recommande que le processus d'évaluation des résultats des traitements de personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues contiennent des procédures destinées à estimer systématiquement et objectivement : 1) la consommation d'alcool et de drogues; 2) la dépendance vis-à-vis l'alcool et les drogues; et 3) les problèmes reliés à l'alcool et aux drogues.

Tous ceux qui ont répondu à *Une perspective pour les années 90* ont fortement appuyé cette recommandation. En fait, les personnes qui oeuvrent dans le domaine du traitement ont fait valoir que la recommandation pourrait être encore plus explicite et poursuivre des objectifs encore plus étendus.

Plus précisément, on a souligné qu'un langage commun et normalisé ainsi qu'une compréhension générale de l'évaluation étaient essentiels si l'on voulait permettre à divers organismes d'utiliser leurs évaluations respectives. En outre, les gens qui occupent les postes clés en matière de traitement de la toxicomanie

devraient s'engager à mettre au point ces outils d'évaluation normalisés et détaillés.

«Les outils d'évaluation actuels ne sondent pas adéquatement l'historique d'abus de la personne.»

Directeur de programme, Services relatifs à la toxicomanie, North Bay.

Les professionnels oeuvrant en toxicomanie croyaient que les outils d'évaluation actuels ne tiennent pas compte totalement des facteurs qui contribuent à la consommation d'alcool et de drogues, comme les mauvais traitements physiques, psychologiques, affectifs et sexuels. Ces facteurs devraient être ajoutés au plan de traitement. Par exemple, le directeur d'un Centre de traitement de l'alcoolisme à Kitchener-Waterloo a estimé que près de 80 pour 100 des femmes qui fréquentent son centre ont été victimes d'agressions sexuelles.

PERSPECTIVE DU SYSTÈME DE TRAITEMENT

(Chapitre 3 — *Une perspective pour les années 90*)

Recommandation II

Le Comité recommande que sa perspective d'un système de traitement des problèmes d'alcool et de drogues serve de base à une révision de la politique gouvernementale de planification et de développement de services de traitement pour les personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues en Ontario.

Presque sans exception, les lignes directrices de *Une perspective pour les années 90* ont reçu une approbation forte, répandue et presque unanime. On a recommandé la mise sur pied d'un comité de direction afin de planifier et de diriger l'amélioration des services de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie en Ontario, en utilisant le cadre de référence du rapport comme plan.

Toutefois, on a souligné maintes fois qu'il ne s'agissait pas du premier rapport sur les problèmes du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie en Ontario. Il est maintenant temps pour le gouvernement d'accélérer la mise en application des recommandations du rapport.

«Sans un engagement du gouvernement...à des subventions adéquates destinées à la mise en application des recommandations, à une coordination et à une collaboration inter-ministérielle améliorées, et au développement des soins normalement prodigués, les efforts du Comité consultatif sur le traitement de la toxicomanie auront été vains, et le consommateur ne bénéficiera que d'un service inférieur.»

Directeur administratif, Centre de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, Niagara.

UN OBSTACLE MAJEUR : LES TRAITEMENTS AUX ÉTATS-UNIS

Recommandation III

a) Le Comité recommande l'amendement du paragraphe 57, article 452 de la Loi sur l'assurance-maladie de manière à imposer

des restrictions sévères sur les remboursements par la RASO de traitements de problèmes d'alcool et de drogues aux États-Unis.

b) **Le Comité recommande également que les sommes actuellement dépensées aux États-Unis soient réaffectées à l'expansion et au développement de services économiques en Ontario.**

c) **Nous recommandons en outre que ces restrictions soient imposées graduellement de manière à coïncider avec l'expansion des services ontariens.**

Cette recommandation a fait l'objet de l'appui presque unanime des présentateurs devant le Groupe de travail. Les gens se sont indignés de la dépense de millions de dollars États-Unis pour traiter les problèmes d'alcool et de drogues des résidants de l'Ontario. Ils ont remis en question les techniques de commercialisation dynamiques de certains centres de traitement américains, de même que les principes moraux des agences d'orientation du Canada, et suggéré que des restrictions sévères, voire une interdiction, s'appliquent aux agences d'orientation qui reçoivent des allocations de «chasseurs de têtes», qui vont de 100 $ à 3 000 $ par personne.

«Les gens ne chercheraient pas à se faire traiter aux États-Unis si un traitement rapide et peu coûteux était accessible en Ontario.»

Vice-président, Association des programmes d'aide aux employés, Toronto.

Dans toute la province, les présentateurs ont insisté sur le fait que l'accès au traitement aux États-Unis ne devrait pas être fermé tant que l'expansion des services ontariens ne permettra pas de répondre aux besoins de traitement urgents et immédiats.

Un père de famille de Toronto a parlé du sentiment étouffant «de panique, d'impuissance et d'angoisse» qui l'habitait lorsqu'il a cherché en vain un programme de traitement pour son fils de 17 ans, qui était dépendant du crack et qu'on avait diagnostiqué de maniaco-dépressif suicidaire. Dirigé immédiatement vers un programme de traitement américain pour les adolescents, son fils n'est pas encore «guéri, mais fait des progrès extraordinaires».

On devrait gérer l'accès au traitement hors de la province en fonction de la disponibilité des services en Ontario, de l'urgence du cas évalué et de l'accessibilité géographique. Par exemple, Fort Frances, au nord-ouest de l'Ontario, est situé assez loin des installations de traitement de la province, mais à quelques minutes d'un centre de traitement de l'autre côté de la frontière, à International Falls, au Minnesota. On doit considérer les besoins uniques des régions rurales et nordiques lorsqu'on considère l'accès au traitement hors de la province et l'expansion des services en Ontario.

On devrait accorder des subventions similaires au Programme de subventions accordées aux résidants du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales, à ceux qui ont besoin de traitement à cause de problèmes de dépendance.

Les présentateurs étaient d'accord avec l'idée d'utiliser

les sommes présentement attribuées au traitement aux États-Unis à l'expansion des centres de traitement de problèmes d'alcool et de drogues en Ontario.

On devrait allouer les subventions directement à la mise sur pied d'une gamme complète de traitements, en permettant l'innovation et l'expérimentation d'approches de traitement qui toucheraient certains groupes particuliers ou traiteraient les cas uniques.

Des évaluations détaillées et normalisées assureraient que les demandes de traitement dans des centres hors de la province soient appropriées, effectuées par des professionnels rompus à l'évaluation et à l'orientation ou par des médecins spécialisés dans le domaine de la dépendance.

PRINCIPES DIRECTEURS APPLICATIONS DE LA PERSPECTIVE

Recommandation IV

Le Comité recommande que le ministère de l'Éducation alloue des fonds à la mise en oeuvre de programmes d'intervention précoce dans les écoles.

Les présentateurs devant le Groupe de travail ont accordé un appui total à cette recommandation de dépistage et d'intervention des problèmes de dépendance en milieu scolaire.

Toutefois, on a fait de nombreuses suggestions qui visaient à renforcer la recommandation :

- Le dépistage et l'intervention devraient commencer à l'âge préscolaire.
- Les prodigueurs de soins — les parents, les gardiens et les travailleurs de garderie — devraient être formés à reconnaître les signes qui indiquent les familles à risque relativement à l'abus d'alcool et de drogues. On pourrait mettre au point cette formation de pair avec les ministères appropriés.
- L'intervention précoce dans les écoles demanderait un travail préparatoire complet — mise en place des processus adéquats d'évaluation et de formation, liens avec les agences et les ressources de service extérieures, et définition des responsabilités précises, le tout en concordance avec les efforts de prévention qui font déjà partie de la tâche du ministère de l'Éducation.
- Plusieurs éducateurs ont souligné qu'un cours visant à aider les jeunes à améliorer leurs aptitudes de prises de décision (comment refuser les drogues et garder vos amis) est essentiel à tout programme scolaire qui traite de l'abus de substances.

Le Groupe de travail a recueilli les commentaires des membres d'une commission scolaire qui a embauché à plein temps des Professeurs ressources en matière de drogues pour chaque école secondaire. Cette commission scolaire affiche des résultats extrêmement positifs dans la réduction de la consommation d'alcool et de drogues parmi les étudiants.

«S'il existe des installations de traitement en Ontario, les médecins, policiers, hôpitaux et éducateurs devraient le savoir. Lorsqu'on a besoin d'aide et

d'information, c'est tout de suite qu'on en a besoin.»

Parent dont le fils s'est fait traiter au Kansas, Wheatley.

Comme nous l'a fait remarquer un pédiatre de Kitchener, l'expérience du système scolaire n'est pas toujours positive au sein des familles. Dans ces cas, les organismes de quartier peuvent se révéler plus utiles à atteindre les familles sujettes à la toxicomanie.

INTERVENTION DANS LES HÔPITAUX

Recommandation V

a) **Le Comité recommande que le ministère de la Santé alloue des fonds à la mise en oeuvre de programmes d'intervention précoce et de dépistage des cas dans les centres hospitaliers.**

b) **Nous recommandons en outre que l'on développe et mette en oeuvre des versions de cette approche qui seront adaptées aux hôpitaux psychiatriques, aux hôpitaux pour enfants et aux autres hôpitaux spécialisés.**

Les présentateurs acceptaient le fait que le milieu hospitalier soit un lieu important où concentrer l'intervention précoce, mais ils ont soulevé de nombreuses questions.

- Il faudrait des fonds pour améliorer la formation en matière de dépendance des médecins et du personnel infirmier, et pour embaucher le personnel spécialisé.
- Les libertés civiques des patients doivent être respectées. Les patients ne devraient pas craindre d'être soumis à des tests de drogue et d'être interrogés sur leur consommation d'alcool et de drogues pour être admis.

«Les milieux génériques ont besoin de conseillers qui sont formés dans le domaine hautement spécialisé de l'intervention.»

Directeur administratif, Centres de réadaptation et d'intervention en alcoolisme et toxicomanie, Brockville

Le personnel hospitalier et les travailleurs communautaires qui ont témoigné devant la Groupe de travail ont posé d'autres questions : Les agences communautaires entreront-elles en concurrence avec les hôpitaux pour s'arracher les quelques subventions de traitement? L'embauche de personnel additionnel aux fins d'évaluation et d'intervention nuirait-elle à l'économie des hôpitaux? Essentiellement, les besoins traditionnels des hôpitaux prendraient-ils le pas sur le traitement des dépendances dans le cadre du processus décisionnel des hôpitaux?

ÉLIMINATION DE LA DISTINCTION ENTRE LES SERVICES EN MILIEU HOSPITALIER ET CEUX EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Recommandation VI

a) **Le Comité recommande que le ministère de la Santé (MSO) élimine les distinctions arbitraires entre les services «en milieu hospitalier» et ceux «en milieu communautaire», afin de permettre la considération des facteurs économie et efficacité lors du choix de l'emplacement le**

plus approprié des programmes de traitement.

b) Nous recommandons en outre que le MSO établisse des mécanismes qui assurent que les programmes de traitement non résidentiels dans les hôpitaux reçoivent leur part juste et équitable des fonds mis à la disposition des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues.

Cette recommandation a reçu un appui solide. Bon nombre de présentateurs ont fait valoir que les programmes communautaires sont moins coûteux et aussi efficaces que ceux des milieux hospitaliers, et qu'ils devraient recevoir une part égale de subventions.

«La RASO ne subventionne pas de nombreux et excellents centres de traitement déjà en place en Ontario.»

Coordinateur de la lutte contre la toxicomanie, Travailleurs canadiens de l'automobile, Windsor.

Ceux qui s'opposaient à cette recommandation croyaient que l'élimination de la distinction entre les programmes hospitaliers et communautaires rendrait la tâche plus difficile à ces derniers relativement à la concurrence avec les hôpitaux pour obtenir les mêmes fonds. Ils craignent que les programmes de traitement communautaires ne soient «avalés» par le «modèle médical» déjà prédominant en matière de traitement des problèmes d'alcool et de drogues

SYSTÈME DE JUSTICE CRIMINELLE

Recommandation VII

Le Comité recommande que tous les contrevenants dans le système correctionnel provincial aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues aient accès aux programmes appropriés d'évaluation et de traitement. Pour assurer que tel sera le cas, nous recommandons en outre :

i) que le ministère des Services correctionnels mette en oeuvre des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues dans les Centres de ressources communautaires (C.R.C.) qui offriront une option communautaire aux contrevenants à moindre risque;

ii) que le ministère des Services correctionnels étende ses programmes d'évaluation et de traitement des problèmes d'alcool et de drogues dans ses institutions de traitement aux contrevenants qui ne sont pas encore prêts pour une option communautaire;

iii) que le ministère des Services correctionnels finance la formation et la dotation de personnel nécessaires pour que les fonctions reliées au suivi des soins et à la gestion des cas soient remplies par les agents de probation et de liberté conditionnelle;

iv) que les ministères de la Santé et des Services correctionnels collaborent à identifier les mécanismes permettant aux détenus, aux

personnes en probation ou en liberté conditionnelle et aux ex-détenus d'utiliser en plus grand nombre les programmes communautaires d'évaluation et de traitement;

v) **que les programmes de traitement communautaires passent en revue leurs critères d'admissibilité et apportent les correctifs nécessaires pour assurer que les ex-détenus et les détenus actuels se prévalant des options communautaires aient un accès équitable à des programmes de traitement;**

vi) **que le ministère des Services correctionnels finance des programmes de formation pour assurer une prestation adéquate de ces services de traitement nouveaux ou élargis.**

«Entre 80 et 85 pour 100 de la population carcérale du système correctionnel ont un problème d'alcool ou de drogues.»

La Société John Howard, Sudbury

Les groupes qui ont travaillé auprès des détenus et des ex-détenus aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues ont loué l'excellence et l'opportunité de cette recommandation, et ont réclamé qu'elle soit mise en application dès maintenant. En outre, ils ont suggéré :

- une coordination entre les programmes fédéraux et provinciaux en matière de toxicomanie, afin d'assurer la complémentarité de ces derniers;
- une augmentation importante des ressources financières, du temps et de la formation du personnel nécessaires à la prestation de services de traitement aux patients du système.

Les dispensateurs de services de la collectivité ont indiqué que le suivi du traitement est particulièrement difficile parce que très peu de détenus participent aux programmes de traitement une fois libérés. On pourrait y remédier en dotant les maisons de transition de programmes de traitement et de suivi. Les détenus qui présentent des désordres doubles de maladie mentale et de dépendance nécessitent également des services spéciaux en milieu communautaire.

«Je dois mon rétablissement de l'alcoolisme au juge, et au centre de traitement et correctionnel où l'on m'a envoyé, plutôt qu'en prison.»

Alcoolique en rétablissement, Brockville

D'autres présentateurs ont affirmé que le système judiciaire a maintenant une occasion productive d'intervenir en toxicomanie. Pour les gens dont les offenses sont reliées à la toxicomanie, le tribunal devrait faire du traitement une condition de probation ou ordonner une évaluation avant que le contrevenant ne soit envoyé dans un établissement correctionnel.

Le système correctionnel

Le besoin de services des hommes et des femmes du système correctionnel importait grandement au Groupe de travail. Le 29 avril 1991, une tribune spéciale fut organisée à l'Institut correctionnel de l'Ontario à Brampton, ce qui a permis au Groupe de travail d'entendre les témoignages des résidants et du personnel correctionnel de l'ICO et du Centre Vanier pour les femmes.

Le personnel de ces institutions était d'accord en principe avec la recommandation VII du Comité consultatif, qui veut que les services de traitement des établissements correctionnels fassent l'objet d'une amélioration. Toutefois, deux obstacles majeurs nuisent à cette amélioration : le manque d'espace pour des centres de traitement et le manque de ressources financières.

Quelques résidants masculins ont partagé des expériences qui ont donné de la vigueur à la recommandation qui vise à améliorer le dépistage précoce et l'intervention en milieu hospitalier. Ils ont déclaré que les services d'urgence des hôpitaux ignorent ou renvoient les personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues. Ils ont suggéré qu'une équipe d'évaluation travaille au service d'urgence afin de diriger ces personnes vers de l'aide ou un traitement.

Un pourcentage élevé de la population carcérale a des problèmes de toxicomanie. Pourtant, peu d'institutions de la province mettent des services de traitement à la disposition des résidants. Ceux-ci ont affirmé au Groupe de travail reconnaître les bénéfices qu'ils tirent du traitement qu'ils reçoivent à l'ICO, et ont demandé que le ministère embauche plus d'employés spécialisés pour venir en aide aux détenus toxicomanes.

«Plutôt que de laisser quelqu'un faire son temps sans rien accomplir, ce temps devrait servir à renseigner la personne sur la toxicomanie et à offrir une possibilité de traitement.»

Résidant, Institut correctionnel de l'Ontario, Brampton

Durant la période du procès, le système judiciaire devrait déterminer si l'offense est reliée à la toxicomanie et, si tel est le cas, le contrevenant devrait obtenir une évaluation dans le système communautaire ou correctionnel.

Le traitement de la toxicomanie devrait devenir une condition de probation pour les contrevenants qui en sont à leur première offense et sont aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues, selon les résidants de l'ICO. Bien qu'ils sachent que les contrevenants sont dirigés vers un traitement, ce dernier est rarement disponible.

On devrait changer le processus d'admission aux centres de traitement de façon à ce que les contrevenants puissent y accéder directement du tribunal, plutôt que d'avoir à passer par l'incarcération.

Un résidant a affirmé que s'il avait reçu un traitement, il ne serait pas aujourd'hui en institution correctionnelle. En outre, bien que deux juges lui aient recommandé le traitement, il a dû lutter pour en obtenir un à l'ICO.

On a discuté longuement de la contrebande des drogues à l'intérieur des institutions correctionnelles. Les présentateurs appuyaient les mesures strictes adoptées

pour mettre un terme à la circulation des drogues, mais croyaient que le traitement pour les détenus était la façon la plus efficace de mettre fin à la consommation de drogues.

Les résidants et le personnel s'inquiétaient du manque d'options disponibles à ceux qui sont libérés soit de l'ICO, soit du Centre Vanier pour les femmes. Dans les deux établissements, on encourage les résidants à discuter de leurs problèmes et à trouver des solutions, mais lorsqu'ils quittent, ils reviennent souvent dans une collectivité indifférente. Les Centres de ressources communautaires (CRC) ou des maisons de transition plus nombreuses pourraient offrir des conseils afin de prévenir une rechute et de les aider à assurer leur nouveau mode de vie.

Plus particulièrement, les femmes du Centre Vanier ont souligné le besoin d'une meilleure planification de libération. La plupart n'avaient nulle part où aller en sortant de prison. La majorité des présentatrices avaient consommé de l'héroïne et réclamaient que le traitement à la méthadone soit plus accessible, ce qui les empêcherait de retourner à la consommation d'héroïne.

Elles ont aussi demandé un traitement plus intensif et structuré prodigué par un personnel spécialisé plus nombreux, et qu'on leur fournisse l'occasion d'un traitement prolongé après avoir terminé les programmes de Vanier. Ces femmes ont réclamé un traitement qui leur viendrait en aide dans tous les domaines de leur vie, et l'enseignement de compétences qui leur permettraient de vivre sans drogues.

Les résidants et le personnel croyaient qu'il faudrait améliorer les communications entre les services communautaires et les Centres de ressources communautaires. On a recommandé que tous les organismes qui interviennent auprès des ex-détenus obtiennent la contribution de l'ICO afin de fournir un suivi des soins.

Le personnel des deux institutions a fait de nombreuses suggestions afin d'améliorer le traitement de la toxicomanie dans les établissements correctionnels. On devrait subventionner la formation spécifique aux dépendances des Agents de services correctionnels qui travaillent étroitement avec les résidants et jouent un rôle dans la gestion des cas. Des employés spécialisés sont disponibles, mais 200 résidants sont sous leur responsabilité à l'ICO. Par conséquent, c'est souvent l'Agent de services correctionnels qui s'occupe des résidants dans la plupart des situations urgentes.

L'évaluation devrait être une composante de la formation du personnel, de façon à ce que tous les Agents de services correctionnels soient familiers avec les problèmes de dépendance. On devrait offrir des programmes à tous les Agents de services correctionnels dans les collèges et universités.

Les membres du personnel de traitement ont informé le Groupe de travail des efforts déployés en institution : les bénéfices possibles d'une thérapie de groupe, la recherche sur les variables de motivation et l'abus de différentes substances ainsi que la formation et le maintien de nouvelles compétences acquises.

Un des thèmes principaux de la tribune publique tenue à l'ICO concernait les jeunes contrevenants, à qui l'on devrait offrir plus d'options. Les modes de traitement adaptés aux adultes peuvent obliger les enfants à

accepter des responsabilités d'adulte qu'ils n'ont pas à assumer.

PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE L'INFECTION AU VIH

Recommandation VIII

Le Comité recommande que le ministère de la Santé accorde une grande priorité à un programme détaillé de prévention du VIH qui devrait comprendre l'appui des programmes d'échange des aiguilles et des seringues.

Recommandation IX

Le Comité recommande que les programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues nomment un membre du personnel comme «Coordonnateur du dossier VIH»; cette personne sera responsable de : 1) la mise en oeuvre de stratégies de prévention; 2) l'élaboration de politiques et de procédures régissant le traitement des personnes infectées au VIH; et 3)la formation du personnel.

Recommandation X

a) **Le Comité recommande que les programmes de traitement mettent au point un programme détaillé de prévention du VIH/SIDA au sein de leur service, programme qui tiendra compte des éléments clés suivants, selon la population desservie: 1) information; 2) counselling en matière de sexe et d'usage de drogues à moindre risque; 3) distribution de condoms; 4) distribution de trousses d'eau stérilisée et de javel; et 5) échange d'aiguilles et de seringues.**

b) **Nous recommandons en outre que les programmes de traitement passent en revue leurs critères d'admissibilité et y apportent les correctifs nécessaires pour faire en sorte que les personnes séropositives aient un accès égal aux traitements.**

On a reconnu en général que les patients séropositifs forment un groupe unique qui a besoin d'une attention spéciale, et que la prévention de l'infection au VIH causée par la consommation de drogues était d'une importance capitale.

La nomination d'un membre du personnel au titre de coordonnateur du VIH dans tous les centres de traitement fut particulièrement bien accueillie par certains présentateurs, car en plus d'être essentiel au processus d'éducation, de formation et de prévention au sein du centre, le coordonnateur pourrait également améliorer la communication entre le centre de traitement et les organismes extérieurs qui représentent les personnes atteintes du sida.

Les détracteurs de l'échange des aiguilles et des seringues croyaient que de tels programmes encourageraient la consommation permanente de drogues. D'autres ont fait remarquer que l'encouragement à l'abstinence n'était pas assez présent au rapport.

EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS

(Chapitre 4 — *Une perspective pour les années 90*)

Mesures de la réussite d'un traitement

La nécessité d'un vaste éventail de mesures de la réussite d un traitement, au-delà du simple «guérison ou échec», constituait une des idées principales du rapport du Comité consultatif. Autrement dit, l'abstinence n'est pas la seule mesure de réussite, pas plus que les rechutes n'indiquent toujours l'échec d'un traitement.

Cette idée n'a pas fait l'unanimité chez les présentateurs, bien que nombre d'entre eux reconnaissent que l'efficacité du traitement peut se mesurer en fonction de l'amélioration de l'autonomie, de la réduction des dangers et de l'amélioration du bien-être mental, physique et spirituel.

Pour plusieurs présentateurs, cette option n'était pas acceptable. À leur avis, seule l'abstinence était gage de réussite.

À propos des personnes qui continuent à faire usage de drogues ou d'alcool, un présentateur a dit : «Leur problème n'a pas cessé et ils ne sont pas prêts à devenir des membres à part entière de la société.»

Un membre du Comité consultatif, présent à l'une des tribunes, a clarifié la position du Comité sur la réduction des dangers en tant que mesure de la réussite du traitement. «Nous voulons commencer à nous éloigner d'une situation du tout ou rien et reconnaître que les gens ont des problèmes de rechute en cours de rétablissement. Cela ne devrait pas être considéré comme un échec du programme de traitement.»

Programmes de traitement efficaces

Les programmes de traitement efficaces doivent comprendre les aspects médical, psychologique, psychiatrique, social, culturel et spirituel, et ce dernier ne relève pas nécessairement de la religion. Il est tout aussi important que la personne en rétablissement travaille avec sa famille.

«La guérison complète devrait comprendre la personne, la famille et la collectivité.»

Représentant autochtone, Programme *Flying on Your Own*, Fort Frances

Groupes d'entraide

Les membres de fraternités comme Alcooliques Anonymes, Narcomanes Anonymes ou Cocaïnomanes Anonymes ont remarqué que le rapport du Comité consultatif ne mentionne que très brièvement les groupes d'entraide, et qu'on sous-estimait le rôle important qu'ils jouent dans le suivi des soins. Ils ont proposé en outre une recherche sur le rôle que jouent les groupes d'entraide en tant que compléments du travail des professionnels de la communauté, des écoles et des institutions correctionnelles.

«Le fait de se soucier de l'économie du traitement approprié et efficace indique un besoin, et un soutien, des groupes d'entraide en tant que partie intégrante des soins de qualité et prolongés.»

Coordonnateur, Dépendances familiales, Centre familial d'Elliot Lake, Elliot Lake

Les représentants de centres de traitement comme *The Renascent Centres*, qui ont fondé leur traitement sur la méthode AA, ont déclaré au Groupe de travail qu'en plus d'être économique, leur méthode a un degré élevé de réussite. À leur avis, une augmentation des subventions allouées à leur programme accroîtrait le nombre de lits de traitement résidentiel dans chaque région de la province. D'autres organismes communautaires à but non lucratif, qui s'adonnent à des activités d'entraide, ont réclamé la reconnaissance et le soutien financier de leurs centres de traitement.

Traitement résidentiel

On s'est inquiété du parti pris perçu dans le rapport contre les programmes de traitement résidentiel, et de l'insistance sur le traitement économique externe et à court terme. Un présentateur a déclaré : «Les opinions du rapport semblent se fonder sur une recherche présélectionnée afin de prouver l'opinion déjà établie selon laquelle le traitement externe est aussi bon et plus économique que le traitement résidentiel.»

«Le traitement non résidentiel ne constitue pas une option viable dans le Nord à cause de l'environnement et de la distance.»

Conseiller en toxicomanie, Services de santé de St. Jospeh, hôpital de Lake of Woods

On a cru que le Comité n'avait pas considéré la valeur du traitement résidentiel à long terme comme les communautés thérapeutiques, qui se sont révélées efficaces auprès de toxicomanes très atteints. Il n'a pas reconnu non plus les autres approches non traditionnelles, comme l'acupuncture.

SURVOL DU SYSTÈME DE TRAITEMENT DE L'ONTARIO ET DES LACUNES ACTUELLES DANS LA PRESTATION DES SERVICES

(Chapitre 5 — *Une perspective pour les années 90*)

Recommandation XI

Le Comité recommande une expansion substantielle des services de traitement en Ontario dans tous les domaines des soins de la santé, tout particulièrement le développement de centres multisectoriels.

Les présentateurs ont confirmé les découvertes du Comité consultatif voulant qu'il y ait de sérieuses lacunes de services dans le système de traitement des problèmes d'alcool et de drogues en Ontario, et que certains secteurs de la population aient des services insuffisants, voire inexistants.

Les problèmes spéciaux relatifs au manque de service sont abordés au titre «Groupes spéciaux», et concernent les personnes âgées, les autochtones, les personnes handicapées, les francophones, les sans-abri, les femmes, les groupes ethnoculturels et les patients qui souffrent de désordres doubles.

«Si vous recherchez la rentabilité, réinventer la roue du traitement n'est pas la solution.»

Représentant, Services des travaux communautaires, Waterloo

On s'inquiétait beaucoup de ce que les nouveaux programmes soient créés au détriment des installations

et des services de traitement en place. On a indiqué à maintes reprises, dans les tribunes publiques partout dans la province, que des programmes et des services de traitement viables sont déjà en place en Ontario. On a besoin d'améliorer et d'étendre ces programmes afin d'offrir aux Ontariennes et aux Ontariens une pleine accessibilité et une gamme complète de traitements. La plupart des présentateurs ont réclamé que les dispensateurs de services participent à la planification de l'expansion du système de traitement. Les Conseils régionaux de santé ont demandé que l'expansion tienne compte des besoins de service exprimés par les CRS locaux.

Le traitement de la toxicomanie qui a déjà cours au sein de la collectivité — à la faveur des groupes d'entraide, des programmes d'aide aux employés ou des organismes bénévoles — doit être reconnu comme partie intégrante du système de traitements axés sur les diverses dépendances et partager les subventions additionnelles.

Il est primordial de répondre au besoin urgent de services complets de traitement des problèmes d'alcool et de drogues dans les régions rurales, nordiques et éloignées. L'expansion des services de traitement doit tenir compte des facteurs géographiques.

TRAITEMENT RÉSIDENTIEL ET TRAITEMENT EXTERNE

Recommandation XII

a) Le Comité recommande que l'on donne priorité à l'expansion des services externes dans toute la province.

b) En accord avec la recommandation XI, nous recommandons en outre que, lors de la planification et du financement des services externes, on situe les services externes principalement dans :

- **i) les centres d'évaluation et d'orientation;**
- **ii) les milieux offrant actuellement un traitement résidentiel; et**
- **iii) les milieux génériques, tels les services aux jeunes, les hôpitaux et les centres correctionnels qui prodiguent actuellement des soins à un grand nombre de personnes aux prises avec un problème d'alcool et de drogues.**

Recommandation XIII

a) Le Comité recommande la mise au point d'autres options de traitement souples, non résidentielles, telles le traitement de jour ou de soir.

b) En accord avec la recommandation XI, nous recommandons en outre que, lors de la planification et du financement de tels services, on situe ces services en priorité dans :

- **i) les services externes en place;**
- **ii) les milieux offrant actuellement un traitement résidentiel; et**

iii) **les milieux génériques, tels les services aux jeunes, les hôpitaux et les centres correctionnels qui prodiguent actuellement des soins à un grand nombre de personnes aux prises avec un problème d'alcool et de drogues.**

En général, les présentateurs se sont montrés très en faveur de l'expansion des services externes dans la province et de l'élaboration d'options de traitement souples et non résidentielles comme le souligne la recommandation XIII. Nombre d'entre eux ont exprimé clairement leur inquiétude que l'expansion des services externes n'ait lieu aux dépens du traitement résidentiel.

«Il faudra éduquer le public au sujet de l'utilité des soins externes, de façon à ce qu'on considère ces derniers comme une solution viable aux soins résidentiels.»

Directeur administratif, Conseil de santé régional de Niagara, St. Catharines

On a également souligné que l'expansion des services en dehors du système spécifique aux dépendances doit être coordonnée afin d'éviter la fragmentation ou la reproduction des services.

Bien qu'en général, les présentateurs aient accepté que le traitement externe est économique et approprié à la majorité des patients, ils avaient des réserves sur l'expansion trop rapide du rôle des hôpitaux, en particulier des programmes pour adolescents, avant qu'on ne s'assure qu'un personnel compétent et un traitement spécialisé sont en place.

Dans le cadre des tribunes publiques des régions rurales ou nordiques, les présentateurs ont indiqué que les services externes et les traitements de jour ou de soir dans ces régions éloignées ne seraient pas pratiques en raison de la distance et du manque de transport.

Plusieurs présentateurs allèrent plus loin dans leur critique de cette recommandation : les preuves sélectionnées par le Comité consultatif reflétaient un parti pris contre le traitement résidentiel. Les détracteurs de cette recommandation ont proposé qu'on passe en revue la documentation afin de comparer l'efficacité des soins externes et résidentiels sans un parti pris dont l'origine peut être financière.

Comme l'a fait remarquer un présentateur d'Elliot Lake, le Comité consultatif n'a pas consulté les principaux intéressés — les toxicomanes actifs ou en rétablissement. Un sondage local a révélé que la majorité des toxicomanes en rétablissement d'Elliot Lake attribuent la réussite de leur démarche au traitement résidentiel.

L'idée de mettre au point des services souples et non résidentiels, en particulier dans les milieux génériques, fut largement acceptée, à la condition qu'on reconnaisse encore le besoin de services résidentiels à court et à long terme.

«Les services spécialisés spécifiques aux dépendances ont leur place dans le système de traitement, mais on

devrait mettre l'accent sur la multiplicité des options de traitement et sur les approches externes plus économiques.»

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Toronto

Bien qu'ils aient approuvé cette recommandation, plusieurs présentateurs avaient des réserves :

- L'intégration d'options de traitement souples et non résidentielles au sein d'établissements de traitement résidentiel pourrait détourner le personnel déjà limité des buts du traitement, pour lui donner un rôle de superviseur ou de policier.
- Des ressources suffisantes et un personnel spécialisé dans le domaine de la dépendance seraient nécessaires à l'élaboration d'options souples comme le traitement de jour ou de soir dans les milieux génériques.

LES JEUNES

Recommandation XIV

a) Le Comité recommande que l'on accorde la priorité à la mise sur pied de quatre à six centres multi-sectoriels régionaux (comprenant des services de traitement externe, de jour et résidentiels) pour les jeunes de vingt-cinq ans et moins. La mise sur pied de tels centres pourrait exiger la réaffectation de services en place ou la collaboration entre ces derniers afin d'assurer que tous les patients ont accès à un choix d'options selon leurs besoins.

b) Le Comité recommande en outre que :

i) chaque centre régional offre un programme résidentiel pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans; et

ii) un des centres offre un programme résidentiel pour les enfants et les adolescents de dix-huit ans et moins.

Si l'on en juge par le nombre et le sérieux des personnes qui ont parlé au Groupe de travail au sujet de la dépendance chez les jeunes, l'urgence de ce problème commande une attention immédiate. Les présentateurs ont réclamé la mise sur pied immédiate de centres résidentiels multi-sectoriels pour les jeunes, lesquels seraient situés dans toutes les régions de la province. En fait, certaines personnes présentement à la tête de programmes de traitement résidentiels ont prié le gouvernement de convertir les centres de traitement spécialisés en place en centres multi-sectoriels et ce, le plus tôt possible. D'autres présentateurs se sont interrogés à savoir si les quatre ou six centres recommandés par le rapport seraient en mesure de fournir une accessibilité adéquate. Jusqu'à ce que les statistiques sur les personnes qui ont besoin de traitement soient officielles, ces présentateurs croient qu'il serait prématuré d'imposer une limite aux centres multi-sectoriels pour les jeunes.

Selon de nombreux présentateurs, le traitement résidentiel est crucial pour certains adolescents, puisque ces derniers peuvent être dépassés par le réseau complexe de circonstances qui constituent peut-être les causes sous-jacentes de la toxicomanie. Un

conseiller auprès des jeunes de la région d'Ottawa a révélé au Groupe de travail que ces jeunes gens troublés proviennent souvent «de familles dysfonctionnelles, toxicomanes et maltraitantes. Souvent, ils ont souvent survécu à l'inceste, et sont envahis d'idées de suicide et de sentiments d'échec et de résignation.»

Les gens ont applaudi à l'idée que ces centres résidentiels pour la jeunesse soient situés dans toutes les régions de la province, ce qui faciliterait la participation de la famille et assurerait le suivi des soins. Mais en raison de l'étendue de l'Ontario, les installations de suivi devraient être mises sur pied dans les collectivités-pivots appropriées.

À maintes reprises, le Groupe de travail a entendu des demandes d'expansion des services de traitement pour les jeunes, lesquelles mettaient l'accent sur le grave manque de services pour les enfants de moins de seize ans.

L'incohérence des tâches et des responsabilités des ministères en charge des services aux jeunes complique la planification, le financement et la prestation du traitement des problèmes d'alcool et de drogues. Les distinctions d'âge arbitraires sont responsables de regroupements inappropriés, aux fins de traitement, de jeunes adolescents avec des jeunes plus vieux ou des adultes.

Les présentateurs appuyaient la recommandation du rapport qui vise à accorder la discrétion clinique dans l'affectation des jeunes à des groupes de traitement, selon deux groupes d'âge qui se chevauchent : 18 ans et moins, et 16-25 ans. Cela permettrait au personnel de traitement de faire preuve d'une plus grande souples lors du placement des jeunes dans des programmes adaptés à leur niveau de maturité.

«Les distinctions d'âge arbitraires des ministères sont inadéquates. Les enfants ne deviennent pas subitement des adultes lorsqu'ils atteignent l'âge de seize ans.»

On a révélé au Groupe de travail que le groupe d'âge le plus vulnérable était les moins de 18 ans. En effet, le système ne peut répondre aux besoins de ces derniers et trouver un traitement. En outre, ce groupe requiert une gamme d'approches qui tiennent compte de circonstances et de milieux divers. Des approches innovatrices invitantes et non menaçantes encourageraient les jeunes à recourir au traitement — par exemple, dans les colonies de vacances ou les cliniques sans rendez-vous des centres commerciaux. D'autres présentateurs ont affirmé qu'on doit mettre sur pied des programmes de dépistage pour les jeunes personnes en détention, dans des foyers de groupe ou de maternité, et que le traitement devrait comprendre la participation de la famille ou des personnes importantes dans la vie de l'enfant ou de l'adolescent.

Très souvent, les présentateurs ont répété un thème omniprésent dans le rapport du Comité consultatif : on doit enseigner aux professeurs, aux conseillers et aux parents à reconnaître les signes et les symptômes qui peuvent indiquer l'abus d'alcool ou de drogues.

Une mère a brossé un tableau dramatique de cette situation devant le Groupe de travail en racontant sa frustrante quête d'aide pour sa fille de 14 ans qui, allait-elle apprendre beaucoup plus tard, s'adonnait déjà sérieusement aux drogues. «Le même jour, un

expert m'a dit que j'étais trop sévère et un autre, que j'étais trop indulgente. Le matin, j'ai vu un conseiller qui m'a dit être trop dominante, et un autre l'après-midi, qui m'a remis un livre de conseils sur comment s'affirmer... Des centaines de fois, j'ai demandé : croyez-vous qu'elle se drogue?, et sans exception, on m'a répondu non!»

Les jeunes de la rue

Les présentateurs ont souligné le besoin d'approches spéciales et non structurées, aux fins de la prestation de services aux jeunes de la rue.

«Ces personnes ne confieront pas leurs problèmes de toxicomanie ni leurs inquiétudes d'avoir contracté le virus du sida à cause d'aiguilles souillées aux cliniques des hôpitaux, aux bureaux de médecins ou au personnel d'orientation scolaire.»

Conseiller auprès des jeunes d'Ottawa

Il faut des approches créatrices afin d'intervenir efficacement auprès des jeunes de la rue, notamment des services éducatifs appropriés qui soient fournis dans la rue. En outre, des présentateurs ont affirmé au Groupe de travail qu'il faut davantage de maisons de transition et de programmes de rétablissement afin d'aider ces jeunes dans le processus de rétablissement ou le suivi, et la réintégration efficace dans la société.

Les présentateurs ont appuyé l'idée voulant que les centres de traitement offrent des programmes de durées et d'approches variées afin de traiter les problèmes affectifs et psychologiques de ces jeunes. Les approches à l'intention des jeunes de la rue devraient également refléter les considérations locales. Par exemple, une approche efficace dans un grand centre urbain ne serait pas nécessairement adéquate dans une région rurale ou une petite collectivité.

CENTRES D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

Recommandation XV

Le Comité recommande d'augmenter la capacité des centres d'évaluation et d'orientation grâce à la mise sur pied de nouveaux programmes, au besoin, et à l'expansion des centres déjà en place. En accord avec la recommandation XII, le rôle des centres d'évaluation et d'orientation devrait également être élargi de manière à comprendre le traitement de patients en clinique externe.

Alors qu'on appuyait l'expansion des programmes des centres d'évaluation et d'orientation aux patients externes, on craignait aussi que cela ne soit la source d'un conflit d'intérêt. On craignait que si les centres d'évaluation et d'orientation participaient au traitement, ils n'assumeraient plus en toute impartialité leur rôle qui consiste à affecter les patients au traitement approprié. Ils pourraient en effet accorder la priorité aux services de traitement des centres, plutôt qu'à ceux qui sont appropriés aux patients.

SUIVI DES SOINS

Recommandation XVI

Le Comité recommande que les organismes de planification et de financement accordent une plus grande importance au «suivi des soins» lors de

l'allocation de fonds aux services nouveaux et élargis, avec une considération particulière à la prestation de services de «suivi de soins» et de «gestion des cas».

Sans relâche, les présentateurs ont réitéré leur appui au principe des services de suivi des soins et de gestion des cas en tant que composantes essentielles de la prestation de services de traitement.

«Il faut mettre au point un système qui offre la gamme complète des services, du dépistage précoce au suivi, a déclaré le directeur médical d'un hôpital de Toronto au Groupe de travail. Un tel système risque de devenir extraordinairement complexe... Par conséquent, la personne toxicomane peut nécessiter un guide — professionnellement parlant, un gestionnaire de cas — afin de l'aider à recourir aux bons services, au bon moment.»

CENTRES DE DÉSINTOXICATION

Recommandation XVII

a) **Le Comité recommande l'agrandissement des services de désintoxication en soulignant la prestation de services qui sont mieux adaptés aux petits centres urbains, aux régions rurales et éloignées.**

b) **Le Comité recommande en outre que les ministères de la Santé et des Services sociaux et communautaires, conjointement avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et d'autres groupes intéressés passent en revue le mandat des centres de désintoxication en ce qui a trait à leur rôle dans le système de traitement, l'abus de drogues autres que l'alcool, les divers besoins sociaux, psychologiques et physiques de la personne connaissant des problèmes de drogues et le besoin continu en formation du personnel.**

Le public qui s'est présenté devant le Groupe de travail a appuyé unanimement cette recommandation et donné de nombreuses suggestions relatives au renforcement et à l'expansion du rôle des centres de désintoxication.

Des centres de désintoxication communautaires non médicaux comprenant des services externes sont nécessaires presque partout dans la province afin de traiter la désintoxication de drogues autres que l'alcool. Les présentateurs ont mis un accent spécial sur les besoins des régions rurales et des petits centres urbains. On devrait également favoriser l'autonomie et la souplesse des centres de désintoxication en matière de création d'approches innovatrices, notamment de services appropriés à la culture.

«Dans certaines villes du Nord, le centre de désintoxication local est le service d'urgence de l'hôpital ou la prison.»

Président, Comité consultatif sur les programmes d'alcoolisme, Red Lake

On a recommandé un amendement à la loi afin d'éliminer l'obligation d'exploiter les centres de désintoxication dans le cadre d'un centre hospitalier.

CENTRES DE RÉADAPTATION

Recommandation XVIII

Le Comité recommande que les ministères de la Santé et des Services sociaux et communautaires, conjointement avec le *Alcohol and Drug Recovery (Home) Association of Ontario (ADRAO)* et d'autres groupes intéressés, procède à une révision opérationnelle des centres d'accueil de réadaptation qui tiendra compte : 1) des problèmes de financement; 2) de la variété des besoins selon la géographie; et 3) des approches actuelles de prestation de service. Le résultat de cette révision opérationnelle devrait comprendre des recommandations au sujet des modèles de centres d'accueil de réadaptation et des mécanismes appropriés qui assureront un financement juste et équitable.

Le Groupe de travail a entendu bon nombre de directeurs de centres de réadaptation qui ont fait valoir les services offerts à leur clientèle et le besoin permanent de subventions que nécessitent ces programmes. Des personnes qui ont séjourné dans ces centres de réadaptation ont également pris la parole devant le Groupe de travail. Leur message était le suivant : les centres de réadaptation offrent une solution de rechange importante au sein du système de traitement. Selon plus d'une personne, c'est seulement lorsqu'elles eurent l'occasion de côtoyer d'autres personnes aux prises avec l'alcoolisme qu'elles ont pu reconnaître leur propre problème, ce qui constitue la première étape du rétablissement.

«Il faut insister davantage sur les systèmes de soutien, qu'il s'agisse de groupes d'entraide, d'agences ou de centre de réadaptation.»

Conseiller, Programme de rétablissement de Kingswood, Kingston

Étant donné que les centres de réadaptation et les maisons de transition ne sont pas adéquatement subventionnés, surtout dans les grands centres urbains, leurs listes d'attente sont beaucoup trop longues.

On devrait retirer complètement le traitement des dépendances et les centres de rétablissement de l'onéreux système hospitalier. On pourrait plutôt subventionner des organismes indépendants à but non lucratif qui fourniraient des services de rétablissement, en vertu de la Loi de 1989 sur les établissements de santé autonomes.

Des représentants des premières nations ont demandé une consultation avec les autochtones sur la création d'un système de centres de réadaptation situés au sein ou à proximité de leurs collectivités.

TRAITEMENT À LA MÉTHADONE

Recommandation XIX

Le Comité recommande que le ministère de la Santé, conjointement avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et les autres groupes intéressés, accordent la priorité à la planification et à la mise en oeuvre d'une expansion des services de traitement à la méthadone.

Les présentateurs ont jugé que cette recommandation —l'usage de la méthadone comme option de traitement des héroïnomanes — était la plus controversée du rapport du Comité consultatif. Le Groupe de travail a discuté à fond de cette question avec les présentateurs.

On a émis diverses opinions. Certains sont en faveur du non-usage, d'autres critiquent l'étroitesse de la recommandation et d'autres, enfin, appuient l'emploi de la méthadone comme option de traitement des consommateurs d'opiacés.

Certains ont fait valoir que l'usage de méthadone ne fait que remplacer une drogue par une autre, et n'«atteint qu'un objectif social en protégeant les toxicomanes». On a conseillé au Groupe de travail de chercher des modèles de rechange au chapitre du traitement des héroïnomanes et d'autres polytoxicomanes.

D'autres présentateurs croyaient que le traitement à la méthadone peut être approprié pour certains toxicomanes — pas tous — et qu'on devrait le considérer comme une composante de l'éventail complet des soins aux toxicomanes très atteints. Ceux qui approuvaient la recommandation croyaient que la méthadone peut contribuer au processus de rétablissement de certains patients choisis, dans un milieu où s'exerce une stricte surveillance et où l'on offre des consultations pour traiter les causes sous-jacentes de la dépendance.

SYSTÈME D'INFORMATION ET DE RÉFÉRENCE CENTRAL

Recommandation XX

Le Comité recommande la mise sur pied (au sein des centres de traitement actuels) de centres d'information et de référence régionaux reliés par ordinateur afin de répondre aux différentes questions du public sur l'accès au système de traitement.

On a reconnu à l'unanimité que cette recommandation devrait être mise en oeuvre dès maintenant. À maintes reprises, l'incapacité de trouver de l'information sur le traitement a été soulignée, surtout par les parents qui ont fait part au Groupe de travail de leur difficulté de trouver de l'aide pour leurs enfants.

Un bureau central de référence et de gestion des lits favoriserait une meilleure correspondance entre le patient et le programme, surtout sur le plan géographique. On a également recommandé que l'Ontario fasse la publicité de ses centres de traitement.

«Il nous faut une information précise sur les programmes en place, la disponibilité de ces derniers et les profils de clients appropriés.»

Coordonnateur, Programme d'abus des drogues chez les jeunes du YMCA

Un membre de la *Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario* a révélé au Groupe de travail

que son organisme examine présentement la possibilité d'avoir recours à une gestion centrale des lits, et a demandé au gouvernement de se renseigner auprès de tous les secteurs existants d'expertise, de coordination et de service avant d'adopter une recommandation qui pourrait causer une reproduction coûteuse et inutile.

GROUPES SPÉCIAUX

(Chapitre 6 — *Une perspective pour les années 90*)

Une perspective pour les années 90 reconnaît que pour certains groupes de l'Ontario aux caractéristiques et aux besoins uniques, le traitement des problèmes d'alcool et de drogues peut être à la fois inaccessible et inapproprié. Bon nombre de présentateurs ont été choqués par l'étiquette «sous-groupes» et ont exprimé clairement leur opinion à ce sujet.

Dans de nombreuses collectivités de l'Ontario, les gens qui ont témoigné devant le Groupe de travail n'avaient pas eu l'occasion de lire le rapport du Comité consultatif en entier et par conséquent, fondaient leurs présentations sur l'information contenue dans la section «Faits saillants et résumé des recommandations». Nombre d'entre eux croyaient donc que le Comité consultatif n'avait pas traité de façon adéquate les besoins spéciaux et uniques de traitement, ainsi que les questions connexes.

Leurs commentaires et leurs préoccupations donnent du poids aux découvertes du Comité consultatif et soulignent la nécessité urgente pour «les personnes chargées de la planification des programmes à bien évaluer à quel point les services actuels sont adéquats et appropriés... lorsqu'elles déterminent les priorités de service local».

De nombreux présentateurs ont indiqué que le rappo traite à peine de groupes comme les personnes âgée et les personnes handicapées.

AUTOCHTONES

Recommandation XXI

a) Le Comité recommande que le ministère d la Santé et le PNLAADA augmentent l fonds disponibles pour la prestation d traitements culturellement appropriés au autochtones aux prises avec des problèm d'alcool et de drogues.

b) Nous recommandons en outre que le MS produise et diffuse des directives claires détaillées sur les mécanismes d'accès au fonds provinciaux réservés aux services traitement pour les autochtones.

c) Nous recommandons en outre que le MS clarifie le rôle et les responsabilités coordinateur de la santé autochtone Ministère en regard des services traitement des problèmes d'alcool et drogues et que la personne occupant poste promeuve les programm autochtones de traitement des problèm d'alcool et de drogues.

Recommandation XXII

Le Comité recommande que le MSO et le PNLAADA, de concert avec les Premières Nations et d'autres ressources de formation pertinentes, accordent une grande importance à la mise sur pied et au financement d'un plan d'action dont le but serait d'assurer la formation et le développement professionnel adéquats de tout le personnel de traitement autochtone.

Les autochtones et les non-autochtones ont approuvé ces deux recommandations. Mais on a aussi noté que le rapport du Comité consultatif ne témoignait pas de la contribution directe des autochtones, et que les recommandations n'étaient pas précises.

L'autodétermination fut un thème principal abordé dans toutes les tribunes publiques, mais surtout dans celles organisées à Thunder Bay, à Kenora et à West Bay; les autochtones désirent déterminer leurs propres politiques, priorités et méthodes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues dans leurs propres collectivités, et la façon d'utiliser les subventions allouées à ces programmes.

«Dans le Nord, les hôpitaux et services de traitement manquent de fonds pour embaucher un personnel culturellement approprié aux patients autochtones. Le fossé de la langue est une préoccupation majeure là où l'anglais est langue seconde. Les différences culturelles peuvent créer des malentendus entre les prodigueurs de soins et le patient, et il peut en résulter un diagnostic fautif.»

Personnel, Service de santé de St. Joseph, hôpital Lake of the Woods, Kenora

Le Comité consultatif a été loué par des délégations des premières nations pour avoir reconnu que le traitement des autochtones soit culturellement approprié et, de préférence, administré par des autochtones formés. «Je crois que le traitement devrait se fonder sur la culture et les valeurs autochtones, c'est-à-dire la suerie, les méthodes de guérison autochtones, le maculage...» a déclaré une femme Mohawk du territoitre Mohawk Tyendinaga. Autrement dit, comme l'a écrit une autre autochtone Oneida de Thames Nation à Southwold :
«... le traitement doit correspondre aux besoins des autochtones plutôt que les autochtones, correspondre et s'ajuster aux méthodes de traitement.»

Mais plusieurs personnes ont aussi précisé qu'il n'existe pas de tradition autochtone unique et homogène. «Nous sommes peut-être tous des autochtones — Iroquois, Cris, Ojibway...—, a écrit un membre de la Bande indienne des Six-Nations, mais nos cultures et nos traditions sont uniques et très diverses.» Plusieurs présentateurs ont également fait remarquer que les autochtones ne choisiraient pas tous des programmes fondés sur la culture. «Il faut un éventail souple de traitements disponibles. Une approche autochtone traditionnelle ne saurait profiter à tous», a déclaré un résidant de la réserve indienne de Christian Island . Les présentateurs ont surtout parlé de la croissance naissante des collectivités autochtones en milieu urbain, lesquelles représenteraient actuellement près de la moitié de la population autochtone d'Ontario. Il faut de toute urgence s'occuper des problèmes spéciaux de dépendance au sein des collectivités autochtones urbaines, et l'on a suggéré qu'un personnel autochtone formé dans les Centres d'amitié de la province puisse

jouer un rôle important dans le cadre du suivi.

«Il faut reconnaître les proportions épidémiques du problème d'abus de solvants dans le Nord, et les divers ministères devraient combiner leurs forces afin de s'y attaquer.»

Directeur, Services pour les problèmes de solvants selon les méthodes traditionnells, hôpital de la région de Lake of the Woods, Kenora

De nombreux présentateurs ont souligné que le rapport du Comité consultatif avait omis un des problèmes les plus urgents des collectivités autochtones, soit l'abus de solvants chez les jeunes. Selon ces présentateurs, le problème requiert une attention et des fonds prioritaires. Une réponse soumise par le directeur de la psychiatrie et le directeur des services sociaux de l'hôpital régional Lake of the Woods à Kenora donnait une dimension dramatique au problème : «De nombreux enfants développent une dépendance aux solvants dès l'âge de 6 ou 7 ans et continuent d'inhaler des substances toxiques au cours de l'adolescence et au début de la vingtaine... l'abus chronique donne lieu à de graves encéphalopathies toxiques. Ces conditions peuvent influer sur le jugement et le comportement, et causer des gestes impulsifs et violents dirigés contre eux-mêmes ou les autres.»

En ce qui a trait à la formation, on a suggéré de considérer la mise sur pied d'un établissement centralisé afin de former les travailleurs autochtones professionnels en matière de dépendance.

Le Groupe de travail a entendu de nombreux organismes autochtones qui participent à des programmes de traitement efficaces, comme *Flying on Your Own* dans la région de Fort Frances, OH-SHKI-BE-MA-TE-ZE-WIN INC, et les Services familiaux du Cercle sacré de la tribu Ojibway de la région de Kenora. Une reconnaissance et un financement additionnels de tels programmes autonomes accroîtraient l'éventail de soins et de traitements au sein des collectivités autochtones, où règne une abondance de problèmes d'alcool et de drogues, et de problèmes connexes.

«Les aînés et les guérisseurs des collectivités autochtones doivent être reconnus et légitimés aux yeux du gouvernement.»

Coordonnateur, Cercle sacré, Kenora

Selon les présentateurs, en plus d'accorder un appui financier, il faut également reconnaître la sagesse et les enseignements des aînés qui possèdent les connaissances et la capacité pour aider les leurs à la faveur de processus de guérison traditionnels, ce qui peut amorcer un progrès réel dans la résolution des problèmes d'alcool et de drogues. Les méthodes de guérison autochtones peuvent compléter d'autres méthodes; elles doivent donc être reconnues et légitimées.

Les personnes âgées

Le rapport du Comité consultatif n'a fait aucune recommandation spéciale en ce qui concerne les problèmes d'alcool et de drogues chez les personnes âgées, ou le «troisième âge», et on ne mentionne ce groupe que brièvement dans la section «Faits saillants et résumé des recommandations».

Nombreux sont ceux qui sont intervenus auprès du Groupe de travail et n'ont pas eu l'occasion de passer en revue tout le rapport, lequel a déterminé que les personnes âgées forment «un groupe pour qui notre perspective consistant à mettre l'accent sur les services administrés à l'extérieur du système spécifique aux dépendances est particulièrement appropriée».

Cela a porté de nombreuses personnes à croire que le rapport ne se penchait pas suffisamment sur la question, bien que de nombreuses inquiétudes soulevées lors des consultations publiques reflètent et appuient les observations du Comité.

«Il faut prendre des mesures proactives en ce qui a trait aux personnes âgées, et leur apporter les services.»

Conseiller en toxicomanie, Centre régional de santé Sioux Lookout, Thunder Bay

Dans le cas des personnes âgées, il est particulièrement important de sortir du système de traitement établi. «Nombre de personnes âgées considèrent l'abus de drogues comme une question morale, a souligné un conseiller sur les dépendances de Sioux Lookout. Honteuses de leur dépendance aux drogues, elles n'auront pas recours aux ressources de traitement. Il faut leur apporter le traitement.»

La surmédication est un problème particulièrement répandu parmi les personnes âgées, au dire de plusieurs présentateurs, et une recherche importante est tout indiquée dès maintenant, afin de concevoir des programmes et centres de traitement qui tiennent compte de ces problèmes.

Le Groupe de travail a entendu plusieurs suggestions sur la manière de traiter les problèmes d'alcool et de drogues des personnes âgées de l'Ontario, notamment la création de cliniques résidentielles, la formation des travailleurs en dépendance et gérontologie, et le financement des services dans le Nord selon les modèles COPA et LESA.

Les personnes souffrant de désordres doubles

Le traitement des personnes qui présentent à la fois une dépendance et un diagnostic de maladie mentale exige une attention spéciale. Les présentateurs ont loué à maintes reprises le Comité consultatif d'avoir reconnu le besoin de mise sur pied et de financement des programmes de ce groupe, qu'un médecin de Toronto a estimé être composé d'environ «65 pour 100 des personnes qui entreprennent un traitement de problèmes d'alcool ou de drogues».

On a prié le Groupe de travail de réclamer plus de subventions pour ce groupe, non seulement pour le personnel spécialisé des hôpitaux psychiatriques et du suivi des soins, mais aussi pour les programmes communautaires lorsque les soins en institution ne sont plus nécessaires. On a affirmé au Groupe de travail que les hôpitaux psychiatriques ont un rôle à jouer dans l'éducation, la consultation, la formation et la coordination des services de ce groupe.

Les lacunes actuelles du service comprennent l'absence de centres de désintoxication au sein des hôpitaux psychiatriques, de traitement axé sur les diverses dépendances, de participation de la famille et de suivi communautaire.

«Les personnes qui souffrent de désordres doubles sont bousculées. Les centres psychiatriques les orientent vers un traitement de toxicomanie, et les centre de traitement, vers les soins psychiatriques. Il faut traiter les deux désordres ensemble.»

Directeur administratif, Centre d'orientation des problèmes d'alcool et de drogues, Ottawa

Selon un médecin, le problème que présente le traitement de ces personnes souvent très malades est aggravé par la spécialisation médicale : «Dans le système de la santé mentale, la dépendance n'est pas souvent reconnue. Dans le système de traitement des dépendances, les maladies mentales ne sont pas souvent dépistées.»

Les femmes

On a loué le Comité consultatif d'avoir reconnu le besoin d'un traitement additionnel et spécialisé pour les femmes de l'Ontario.

Certains présentateurs se sont indignés du fait que le rapport classe les femmes comme un «sous-groupe», et un membre du Comité consultatif des femmes d'Ottawa a regretté que «les questions traitées au rapport ne se soient pas traduites par des recommandations».

En particulier, plusieurs présentateurs se souciaient de l'absence de recommandations relatives aux situations uniques qui se présentent aux femmes, notamment :

- Jusqu'à 80 pour 100 des femmes qui entreprennent un traitement pour un problème d'alcool et de drogues ont vécu l'inceste, l'agression sexuelle ou la violence conjugale.
- Les femmes toxicomanes sont moins susceptibles que les hommes d'obtenir l'appui de leurs amis et de leur famille.
- Pour bien des femmes, la toxicomanie est souvent symptomatique du milieu social où elles se trouvent.
- Les femmes qui ont un problème d'alcool et de drogues courent un risque élevé d'attenter à leurs jours.
- Les femmes en traitement disposent de peu d'occasions de s'instruire ou d'entreprendre une carrière.
- Nombre de femmes qui cherchent un traitement et sont séparées ou divorcées ont des ressources financières insuffisantes.

Dans toute la province, on a réclamé une augmentation des fonds alloués au traitement des femmes, aux garderies, aux programmes de carrière et à l'option des programmes pour femmes seulement réservés à celles qui ont connu l'agression sexuelle ou la violence conjugale.

«Les médecins prescrivent souvent trop de médicaments aux femmes maltraitées. La surmédication, ajoutée au risque élevé d'alcoolisme chez ces femmes, crée un dangereux mélange.»

Directeur, Manitoulin Haven House Inc., West Bay

On doit également considérer le cas des femmes dépendantes qui souffrent de maladie mentale, et celui des femmes âgées à qui l'on prescrit trop de

médicaments.

Les francophones

Les présentateurs ont appuyé l'énoncé du Comité consultatif voulant que l'accessibilité aux programmes de traitement des citoyens francophones soit assurée par la prestation d'un service dans leur langue, et que les programmes soient comparables à ceux offerts en anglais.

Les sans-abri

«N'oubliez pas les personnes qui se situent à l'extrême de la gamme des dépendances ... les sans-abri.»

Division des services sociaux, Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton, Ottawa

Le souci manifesté à l'égard du manque de services appropriés pour les sans-abri reflétait les besoins soulignés au rapport. Les sans-abri sont mal servis par les programmes de traitement principaux, lesquels ont souvent des attentes rigides et des règlements inflexibles.

Les personnes toxicomanes et sans abri ont deux besoins importants qui ne sont pas comblés : l'accès immédiat à un abri et un traitement qui répond à leurs besoins spéciaux. Parce que beaucoup de ces personnes ont d'autres problèmes qui s'ajoutent à celui de la toxicomanie, tout programme de traitement doit tenir compte de ces problèmes connexes.

Les personnes handicapées

Dans de nombreuses régions de la province, les personnes et les groupes ont exprimé leur déception parce que le rapport du Comité consultatif néglige les besoins uniques de traitement des problèmes d'alcool et de drogues des personnes handicapées.

«L'attitude constitue autant un obstacle au traitement des personnes handicapées que l'inaccessibilité physique.»

Conseiller de programme, Projet de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie, Centre de vie autonome, Ottawa

Les établissements de traitement principaux ne procurent pas de services aux personnes handicapées et ne tiennent pas compte des obstacles à la prestation de service. Ces obstacles comprennent l'inaccessibilité des lieux, le manque de personnel traitant, l'interprétation offerte aux malentendants et le matériel accessible aux personnes aveugles ou illettrées.

On a également énuméré au Groupe de travail les obstacles d'attitude auxquels font face les personnes handicapées : le manque de compréhension, de sensibilité et de formation au sujet des besoins spéciaux de ces dernières. Les programmes doivent également tenir compte des besoins de prescriptions de ces personnes.

On a suggéré qu'un conseiller spécialisé qui travaille dans le cadre d'un programme individuel conviendrait sans doute le mieux aux personnes handicapées.

Les différences ethnoculturelles

De nombreux présentateurs ont jugé que l'absence de détails sur l'insensibilité de maints professionnels de la santé vis-à-vis des différences ethnoculturelles constituait un grave manquement.

«Il existe peu d'options de traitement destinées aux personnes noires, d'origine ethnique ou qui ne parlent pas couramment l'anglais.»

Membre, Syndicat des travailleurs de l'acier d'Amérique, Toronto

On a souligné le besoin d'intégrer ces considérations aux services et aux programmes principaux. Par exemple, le directeur médical d'un hôpital de Toronto a déclaré : «Il existe des obstacles linguistiques et culturels importants qui empêchent la participation des groupes d'immigrants aux programmes axés sur les dépendances. Parfois, il s'agit simplement d'un besoin de soins dans une autre langue et parfois, les questions se compliquent et relèvent de structures culturelles différentes. Nous savons que certains groupes sont plus à l'aise avec des programmes très structurés, moins axés sur la psychologie ou davantage sur la religion...»

Le processus de consultation même du Groupe de travail fit l'objet de critiques qui alléguaient un parti pris en faveur du courant dominant, et selon les présentateurs, il faut encourager la contribution des groupes ethnoculturels avant que le Groupe de travail ne termine son résumé de la réaction du public au rapport du Comité consultatif.

AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE TRAITEMENT ACTUEL

(Chapitre 7 — *Une perspective pour les années 90*)

Recommandation XXIII

a) Le Comité recommande que se fasse la «gestion des cas» à tous les endroits où il est possible d'entamer le processus de traitement et que tous les programmes de traitement aient des politiques et procédures qui assurent que la gestion des cas s'effectue ou qu'elle est offerte à tous leurs patients.

b) Le Comité recommande que les éléments essentiels de la fonction de gestion des cas soient définis comme suit :

1. **une <u>évaluation</u> continue des forces, faiblesses et besoins actuels;**
2. **une <u>planification</u> continue afin de déterminer les services qui répondent le mieux aux besoins particuliers du patient;**
3. **une <u>orientation</u> du client vers les services requis et une assurance que cette orientation est maintenue;**
4. **un <u>suivi</u> et une évaluation du progrès continu; et**
5. **une <u>représentation</u> en faveur du client afin de s'assurer que le système de traitement répond équitablement et efficacement à ses besoins.**

Cette recommandation a reçu l'appui unanime de tous les présentateurs qui ont traité de la question. On a considéré la correspondance entre le patient et le traitement comme étant essentielle, tout comme le suivi et l'évaluation du progrès du patient. On a suggéré que les politiques et les programmes qui assurent la gestion des cas soient en place afin d'être subventionnés.

PLANIFICATION ET COORDINATION

Recommandation XXIV

Le Comité recommande que le ministère de la Santé exige que les descriptions d'emploi de tous les directeurs de programmes de traitement de problèmes d'alcool et de drogues précisent qu'entre cinq et dix pour cent de leur temps devrait être voué à la participation à des comités de planification et à d'autres activités de coordination.

Bien que le principe de cette recommandation ait fait l'objet d'un accord, il faudrait du personnel additionnel afin que les directeurs puissent se consacrer à la planification et à la coordination. Les cinq à dix pour cent du temps qu'on consacre à ces activités devraient être considérés comme un minimum plutôt qu'une norme, a-t-on déclaré au Groupe de travail.

DÉFINITION DES PRIORITÉS LOCALES

Recommandation XXV

Le Comité recommande que le ministère de la Santé réaffirme son engagement de donner priorité à la création de services de traitement des problèmes d'alcool et de drogues au niveau local, tout en évitant d'établir des limites arbitraires sur le nombre de projets pouvant être subventionnés dans une région donnée.

Les présentateurs de toute la province ont appuyé cette recommandation à l'unanimité. Un plus grand engagement à la planification régionale permettrait la création de systèmes de soins régionaux coordonnés et complémentaires, ce qui améliorerait grandement la qualité des soins de santé prodigués aux toxicomanes.

«On devrait décider des priorités à l'échelle locale, selon les besoins de la collectivité et des patients, et les subventions devraient être accordées en conséquence.»

Directeur, Service Planning and Co-ordination Sub-Committee of the Addictions Committee, Conseil régional de santé de Hamilton-Wentworth

On a déclaré au Groupe de travail que la recommandation gagnerait de la force si elle exigeait des efforts de prévention à l'échelle locale, lesquels seraient subventionnés par un organisme décisionnel local chargé de répartir les fonds équitablement.

Les présentateurs des Conseils régionaux de santé ont réclamé la responsabilité de la planification locale, de la répartition des fonds et de l'évaluation.

CONSIDÉRATIONS RÉGIONALES

«Le système de traitement de l'Ontario devrait être détaillé et équitable et répondre aux besoins uniques des diverses régions et collectivités.»

Représentant, Comité de service de traitement des dépendances de la communauté urbaine de Toronto

Dans chaque localité que le Groupe de travail a visitée, les présentateurs ont parlé des questions et inquiétudes locales, ainsi que des positions et opinions distinctes de leurs groupes ou organismes particuliers. On a déjà traité des besoins uniques des régions rurales, éloignées et nordiques.

Il est important de noter que d'un point de vue pratique, certaines collectivités ont plus facilement accès aux établissements de traitement américains. Les résidants de Fort Frances s'inquiétaient de voir l'accès à ces établissements interdit, étant donné que le traitement à International Falls, au Minnesota, est situé à quelques kilomètres de Fort Frances et est facilement disponible. Les nombreux membres de cette collectivité qui se sont présentés devant le Groupe de travail ont souligné le côté pratique du recours à ces installations, comparé à l'envoi de gens à des centaines de kilomètres pour recevoir des soins dans les centres de traitement canadiens.

Les résidants de toutes les régions ont souligné le manque de services pour les jeunes et fait valoir que les soins résidentiels constituent une priorité. Les présentateurs ont informé le Groupe de travail des efforts à l'échelle locale afin d'établir des centres de traitement et demandé du soutien afin d'obtenir les fonds adéquats du gouvernement. Ottawa en particulier est une collectivité qui a effectué le travail préparatoire en vue de l'établissement d'un centre multi-sectoriel pour les jeunes. Les établissements qui offrent déjà des services ont demandé d'être considérés comme des centres régionaux.

De nombreuses régions de la province ont déjà passé en revue, ou s'y occupent présentement, les services relatifs à la toxicomanie. Bien des personnes ont soumis des propositions aux ministères pour des services requis, comme des centres de désintoxication non médicaux. On réclame également davantage de centres de réadaptation pour faciliter la transition à un mode de vie sans alcool et sans drogue, ainsi que des programmes de traitement additionnels qui répondent aux besoins des groupes spéciaux.

À Toronto, un des besoins les plus urgents consiste à s'occuper des jeunes de la rue en provenance de toutes les parties du Canada qui se regroupent dans les grands centres urbains.

Les proportions épidémiques du problème d'abus des solvants dans le Nord de l'Ontario a été exposé en détail au Groupe de travail par les résidants des régions de Kenora et de Thunder Bay, et on a insisté sur l'urgence d'adopter des mesures immédiatement à tous les niveaux afin de faire face à la situation.

PLANIFICATION POUR LES JEUNES

Recommandation XXVI

Le Comité recommande que le sous-ministre adjoint responsable conjointement des ministères des Services sociaux et communautaires et de la Santé tente de trouver une solution au problème de financement des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues parmi les jeunes de moins de seize ans.

Les présentateurs ont appuyé cette recommandation et réclamé que la priorité porte sur les besoins des jeunes de moins de seize ans. Il faut résoudre la question des fonds dès que possible.

COORDINATION INTERMINISTÉRIELLE

Recommandation XXVII

Le Comité recommande le maintien d'un organisme de coordination interministériel, mais que le mandat d'un tel organisme accentue la coordination. Il ne devrait jouer aucun rôle au niveau du financement.

Tous ceux qui se sont penchés sur cette question voyaient la coordination aux niveaux provincial et local comme une nécessité absolue dans le but de maximiser l'efficacité de la prestation d'un système de services complexe.

Les gens de nombreuses collectivités de l'Ontario qui se sont adressés au Groupe de travail ont souhaité maîtriser la mise sur pied et la gestion des services de traitement au sein de leur propre collectivité, tout en reconnaissant la nécessité d'une planification globale au niveau provincial.

Plus d'un présentateur s'est inquiété de ce que cette recommandation n'ait pour résultat la présence d'un autre organisme régulateur qui impose d'autres exigences administratives à un système déjà engorgé.

On a poussé un peu plus loin cette recommandation en suggérant la création d'une Commission provinciale de la toxicomanie, ou d'un Programme sur les problèmes d'alcool et de drogues, dont le coordinateur serait responsable du financement et de tous les programmes des divers ministères. Une administration plus efficace permettrait l'acheminement d'un plus grand pourcentage des fonds disponibles vers le traitement de la toxicomanie en soi.

«Le système de traitement des dépendances est dysfonctionnel en Ontario. Il faut un milieu politique qui définisse un projet sain et utile.»

Directeur administratif, Institut Rideauwood, Ottawa

Dans toute la province, les gens qui ont participé aux tribunes publiques ont souligné à maintes reprises que sans fonds, le but et l'intention de la coordination de programmes seraient annulés. Il est essentiel que cet organisme de coordination assume la responsabilité du financement afin d'éviter une démarche toujours par étapes de la planification et de la mise sur pied des services relatifs aux dépendances en Ontario.

MAINTIEN DE LA QUALITÉ

Recommandation XXVIII

a) **Le ministère de la Santé, assumant un rôle de chef de file, avec la collaboration et l'aide des principaux intéressés dans le réseau de traitement des problèmes d'alcool et de drogues, devrait instituer un comité qui aurait pour mandat de concevoir et de mettre en oeuvre un système de maintien de la qualité.**

b) **Nous recommandons en outre que l'objectif initial de ce comité soit d'élaborer des normes régissant les services de traitement des problèmes d'alcool et de drogues, et de mettre au point un processus de suivi et d'évaluation qui permettrait de déterminer sur une base permanente la conformité aux normes.**

c) **Le Comité recommande en outre que le comité de maintien de la qualité ait pour mandat d'identifier les mécanismes de formation qui aideront les personnes et les programmes à se conformer aux normes de rendement précisées.**

d) **Le Comité recommande de plus que le MSO étudie la possibilité de mettre au point un système de suivi des patients doté d'un élément unique d'identification qui permettrait de suivre : la direction dans laquelle le patient est orienté, les services fournis et les réponses à ces services. On devrait assurer la protection de son caractère confidentiel.**

L'évaluation des programmes, les normes de service, le maintien de la qualité et le mécanisme de suivi des patients sont des éléments qui ont tous été jugés nécessaires au sein d'un système de traitement efficace des problèmes d'alcool et de drogues. Les présentateurs ont indiqué qu'il faudrait de la souplesse pour faire accorder les approches les plus efficaces avec les besoins spéciaux de patients comme les sans-abri et les jeunes de la rue.

«En mettant sur pied un système fiable, ne nous transformez pas en gratte-papier et ne perdez pas de vue ce que nous devons accomplir.»

Personnel, Centre de réadaptation de Brentwood, Windsor

Les présentateurs ont également mentionné la nécessité de tenir compte des différences régionales dans l'élaboration des normes d'évaluation des programmes et de maintien de la qualité. Le recrutement de personnel compétent peut s'avérer difficile, par exemple, si les salaires n'incitent pas suffisamment les gens à travailler dans des régions éloignées et isolées.

Un système de maintien de la qualité devrait comprendre une évaluation des résultats des patients dans le cadre d'une évaluation complète des programmes, selon certains présentateurs. Le financement permanent devrait se fonder sur les besoins de personnel suffisant, de matériel et de ressources adéquates d'un centre de traitement, afin que ce dernier puisse répondre aux normes ou aux objectifs des

programmes.

On a également recommandé le recours aux services de conseillers en évaluation à l'extérieur du domaine de la toxicomanie afin d'assurer l'impartialité.

ÉVALUATION DU PROGRAMME

Recommandation XXIX

a) **Le Comité recommande que les propositions de financement des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues accordent plus d'importance à l'inclusion d'objectifs mesurables, de critères d'évaluation explicites et à l'allocation de fonds adéquats aux fins d'évaluation.**

b) **Nous recommandons en outre que les directeurs et les membres choisis des programmes, de même que les membres du personnel faisant partie des organismes de financement reçoivent une formation plus poussée dans le domaine de l'évaluation de programme, afin d'assurer une compréhension commune des méthodes et des concepts d'évaluation et de faciliter le développement des meilleures études de maintien de la qualité.**

On a approuvé l'importance des objectifs et de l'évaluation des programmes, mais les présentateurs ont déclaré que cette recommandation présuppose qu'il existe un accord sur ce qui constitue la réussite d'un traitement de la toxicomanie, jugement qui devrait inclure la contribution des principaux intéressés.

On a suggéré que l'évaluation de tous les programmes relatifs à l'abus de substances soit une condition au financement.

PROGRAMMES DE FORMATION

Recommandation XXX

Le Comité recommande que, lors de la mise en application des recommandations IV, XII ou XIV, les ministères concernés allouent des fonds à la mise au point de programmes de formation, mise au point qui devrait s'effectuer en collaboration avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

Les présentateurs ont réclamé une coordination provinciale des programmes et du contenu de la formation en matière de dépendance, laquelle est nécessaire si l'Ontario doit entreprendre l'expansion de son système de traitement. Il faut coordonner la formation aux niveaux collégial et universitaire, et une formation supérieure à l'intention des spécialistes doit être offerte.

Les centres de formation des travailleurs en toxicomanie et des conseillers en évaluation et en traitement devraient offrir des programmes cliniques détaillés qui comprennent du travail sur le terrain supervisé et allouent des crédits, mais ne devraient pas se limiter à un modèle. On a suggéré en outre que l'accréditation professionnelle devienne le critère d'embauche des conseillers des services de traitement de la toxicomanie.

La question des rôles respectifs des travailleurs en toxicomanie de formation professionnelle et des conseillers en traitement qui sont eux-mêmes des toxicomanes en rétablissement a fait l'objet d'un débat animé. S'il est vrai qu'il existe un besoin réel de conseillers compétents dans le domaine de la toxicomanie, on croit également qu'il y a place pour une collaboration entre les personnes en rétablissement et les professionnels afin de donner une perspective équilibrée au traitement.

La formation devrait être sensible à la culture des personnes intéressées, disponible dans les deux langues officielles et rendue plus accessible, surtout pour les résidants des régions nordiques et rurales. On devrait ajouter un élément de formation au modèle de programme de chacun des centres multi-sectoriels régionaux proposés.

En matière de toxicomanie, il faut offrir la formation comme faisant partie des programmes médicaux, infirmiers et de travail social, et à ceux qui, en aidant ou en conseillant les membres du public, ont l'occasion de dépister des problèmes d'alcool et de drogues et d'intervenir.

Les médecins occupent souvent les «premières lignes» du dépistage des problèmes d'alcool et de drogues. Ils ont besoin de formation afin d'acquérir les compétences en matière de dépistage précoce, d'intervention et de méthodes d'orientation, et doivent connaître les ressources disponibles dans la collectivité et la province.

Un guide récent des ressources de services de traitement devrait être mis à la disposition de tous les médecins et inclure une liste des spécialistes et des agences qui fournissent des évaluations et gestions de cas complètes dans chaque collectivité.

Bien qu'on ait acquiescé à l'importance du rôle que doit jouer la Fondation de la recherche sur la toxicomanie dans l'élaboration, la mise en oeuvre, la formation et l'évaluation des programmes de toxicomanie, on a suggéré que la FRT ne soit pas la seule participante. Il faut plutôt rechercher la collaboration d'un vaste éventail de groupes, d'organismes et de centres de traitement qui ont de l'expérience dans le traitement des problèmes d'alcool et de drogues. On a réclamé à maintes reprises la participation des collèges et des universités.

«Nous devons préciser des normes de pratique et des exigences de rendement précises pour les rôles et responsabilités définis, et encourager l'élaboration de programmes préparatoires dans les collèges et universités afin de répondre aux besoins d'emploi dans le domaine de la toxicomanie jusqu'à l'an 2000.»

Superviseur de programmes, Division des services de santé publique, Services d'évaluation des problèmes d'alcool et de drogues, Municipalité régionale de Hamilton-Wentworth

PRIORITÉS EN MATIÉRE DE RECHERCHE

(Chapitre 8 — *Une perspective pour les années 90*)

Les présentateurs ont indiqué que le rapport du Comité consultatif a négligé de définir les priorités en matière

de recherche dans les domaines suivants :

- Les besoins uniques des femmes; l'efficacité et la disponibilité du traitement pour ces dernières; l'efficacité des programmes actuels conçus pour les femmes; les facteurs qui empêchent les femmes d'obtenir un traitement;
- Les exigences en ressources humaines afin de répondre aux besoins de travailleurs de la toxicomanie dans les années 1990;
- La prévention de l'abus d'alcool et de drogues;
- Des stratégies pour joindre les personnes âgées toxicomanes;
- Des modèles de traitement efficaces pour ceux qui présentent des désordres doubles;
- Des résultats de traitement pour les personnes de tout âge aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues;
- La comparaison de l'efficacité des soins résidentiels et externes sans un parti pris qui pourrait être d'ordre financier.

QUESTIONS SOULEVÉES PAR LE PUBLIC

Régions rurales et éloignées

Le rapport du Comité consultatif n'a pas reconnu le niveau élevé des problèmes d'alcool et de drogues, le manque d'accessibilité du traitement, l'isolement géographique ou le grave manque de services qui sévissent dans le Nord de l'Ontario, selon de nombreux présentateurs. Le rapport n'a pas non plus traité adéquatement des besoins uniques et spéciaux des collectivités rurales. En planifiant et en finançant les services destinés aux résidants des régions rurales, il faut tenir compte du fait que la prestation de services y est souvent plus coûteuse que dans les centres urbains parce que les travailleurs en toxicomanie doivent se déplacer auprès des personnes ou des collectivités.

Les programmes destinés aux régions rurales ne peuvent être des versions réduites de ceux des régions urbaines, comme l'ont souligné des résidants du Nord de l'Ontario. Des salaires concurrentiels, des possibilités d'avancement et d'autres mesures incitatives sont nécessaires pour rendre le milieu de travail rural plus attrayant pour les professionnels.

«Les priorités de la province ne devraient pas se fonder sur les besoins définis des grands centres urbains.»

Conseiller en toxicomanie, Services de santé de St. Jospeh, hôpital de Lake of the Woods

Partout, le Groupe de travail a entendu à maintes reprises que les services de traitement pour les jeunes doivent être accessibles sur le plan géographique et que des centres de désintoxication doivent être immédiatement mis sur pied dans le Nord de l'Ontario et les régions rurales du Sud de l'Ontario.

Souvent, les services externes ne sont pas pratiques dans les régions rurales du Nord en raison de la distance et du manque de transport.

On a également noté que le Nord était sous-représenté au sein du Comité consultatif.

Rôle du milieu de travail

Le Groupe de travail a entendu le témoignage de nombreux organismes de main-d'oeuvre qui s'inquiétaient de ce que le rôle important des Programmes d'aide aux employés (PAE) dans le processus global de traitement ne soit négligé par le Comité consultatif lors de la révision de l'état des traitements en Ontario. En effet, le rapport ne mentionne que brièvement le milieu de travail en tant que secteur principal de dépistage des problèmes d'alcool et de drogues.

Les représentants des syndicats et d'autres organismes de main-d'oeuvre croyaient que le milieu de travail méritait une priorité beaucoup plus élevée dans la planification globale de l'intervention en alcoolisme et en toxicomanie. Ils ont demandé au Groupe de travail de faire appel au ministère du Travail afin de mettre sur pied des PAE dans les milieux de travail de toutes tailles et de tous genres, et de songer à entériner une proposition voulant que le gouvernement régisse les PAE dans les milieux de travail.

On a souligné que les syndicats jouent un rôle inestimable dans les PAE, mais que les programmes les plus efficaces sont ceux qui font appel à la collaboration entre les syndicats et la partie patronale, puisque les travailleurs sont plus susceptibles de recourir à l'aide offerte pour leurs problèmes d'alcool et de drogues lorsqu'ils ne craignent pas les représailles de leur employeur. On a réclamé une législation appropriée qui protège les employés du renvoi ou des mesures disciplinaires.

Les représentants des PAE qui ont témoigné devant le Groupe de travail ont suggéré plusieurs stratégies afin de venir en aide aux entreprises trop petites pour se doter d'un Programme d'aide aux employés interne : des conseillers pourraient faire participer employeurs et employés à des programmes d'intervention, ou l'on pourrait créer un consortium de PAE semblable à celui formé par 12 petites entreprises de Sault Ste. Marie.

Puisque les petites entreprises hésitent à se doter de programmes de toxicomanie, on a suggéré que ces programmes fassent partie de conventions collectives afin de protéger les employés. Les présentateurs ont réclamé que le gouvernement envisage un financement afin d'aider les entreprises et les syndicats à mettre sur pied des PAE dans le secteur des petites entreprises.

ANNEXE A

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL PARLEMENTAIRE

M. George Mammoliti, **président**
Adjoint parlementaire du
ministre responsable de la
Stratégie anti-drogues

M. George Dadamo
Adjoint parlementaire du
ministre du Transport

M. Derek Fletcher
Adjoint parlementaire du
ministre de la Consommation
et du Commerce

Mme. Margaret Harrington
Adjointe parlementaire du
ministre du Logement

M. Randy Hope
Adjoint parlementaire du
ministre des Services sociaux
et communautaires

M. Tony Martin
Adjoint parlementaire
du ministre de l'Éducation

M. Gordon Mills
Adjoint parlementaire du
Solliciteur général

Mme Sharon Murdock
Adjointe parlementaire du
ministre du Travail

Dr. Robert Frankford
vice-president
(ancien adjoint parlimentaire du
ministre de la Santé)

L'Honorable Fred Wilson
ministre des Servces governementaux
(ancien adjoint parlementaire du
du ministre des Services correctionnels)

M. David Winninger
Adjoint parlementaire du
ministre responsable des Affaires
autochtones

ANNEXE B

CALENDRIER ET EMPLACEMENTS DES TRIBUNES PUBLIQUES

15 février	**Kitchener / Waterloo**	Valhalla Inn
21 février	**London**	Kings College
22 février	**Windsor***	Centre Cleary
28 mars	**Toronto métropolitain***	Hôtel Victoria
1er mars	**Toronto Nord***	Hôtel de ville de North York
7 mars	**Kingston**	Hôtel de ville de Kingston
8 mars	**Ottawa***	Centre de congrès d'Ottawa
21 mars	**West Bay**	École Lakeview
22 mars	**Sudbury***	Holiday Inn
26 mars	**Thunder Bay***	Valhalla Inn
5 avril	**St. Catharines**	Parkway Inn
19 avril	**Kenora**	Centre communautaire
29 avril	**Brampton**	Centre correctionnel de l'Ontario

* Traduction simultanée vers le français disponible

ANNEXE C

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE TRAITEMENT

Members:

Linda Bell
Présidente
Services de santé Bellwood

Soeur Jean Doyle
Directrice
Centre Camillus
Programme de traitement de l'alcoolisme
Hôpital général St. Joseph's

Grant Lowery
Vice-président / Directeur général
Services communautaires et à la jeunesse
YMCA du Toronto métropolain

Dr. Blenos Pederson
Directeur
Programmes de traitement de la
Canada and Bermudes
Armée du Salut

Wanda Smith
Directrice générale
Centre de traitement de la toxicomanie
Native Horizons

Dr Allan Wilson
Directeur
Programme de traitment de l'alcoolisme et
de la toxicomanie
Hopital Royal d'Ottawa

Dr Lina Charette
Coordonnatrice
Programme pour les jeunes toxicomanes
Hôpital Royal d'Ottawa

Dr Eudice Goldberg
Directrice de la clinique pour adolescents
Hôpital pour les enfants malades
Clinique pour adolescents

Garth Martin
Président
Directeur
Services de traitment de problèmes dent
social
Foundation de la recherche sur la toxicomanie

Dr Brian Rush
Scientifique
Programmes communaut
Centre d'évaluation
Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Université Western

Dr Eugene Stasiak
Directeur de la recherch
Centre correctionnel de l'Ontario
Ministère des Services correctionnels

ANNEXE D

FAITS SAILLANTS

POUR COMPRENDRE LES PROBLÉMES RELIÉS AUX DROGUES ET À L'ALCOOL

Le Comité a élaboré un cadre de référence conceptuel des problèmes reliés aux drogues et à l'alcool qui orientera le lecteur vers le domaine du traitement et qui servira de langage commun aux discussions et aux applications découlant du travail du Comité. Ce cadre de référence est illustré à la figure 1 (chapitre 2). L'usage et l'abus d'alcool et de drogues se divisent d'abord en trois dimensions : la dépendance, la consommation et les problèmes connexes. Les problèmes reliés à l'alcool/aux drogues se divisent ensuite en dimensions qui diffèrent selon les fonctions de la vie : dimensions sociale, psychologique, physique et spirituelle. Un point important à retenir au sujet de toutes les dimensions est qu'elles s'inscrivent dans un continuum de sévérité. De plus, ces dimensions devraient être considérées dans les cadres élargis de la culture, du stade de développement et du sexe.

Ce cadre de référence offre une méthode très souple, bien que solide, pour (1) décrire les particularités de chaque personne par rapport à son usage d'alcool et de drogues; (2) déterminer ses besoins uniques en matière de traitement; (3) observer les changements qui s'opèrent en cours de traitement; et (4) évaluer le résultat du traitement.

LES TRAITEMENTS AUX ÉTATS-UNIS : UN PROBLÉME MAJEUR

Au cours des dernières années, on a vu croître rapidement le nombre de demandes de traitements aux États-Unis, résultat, en grande partie, d'une pénurie de services en Ontario ainsi que d'une campagne de marketing agressive de la part des centres américains privés et à but lucratif. L'ampleur de ces demandes atteint un chiffre annuel de 40 millions de dollars. Cette expansion de facto des services de traitement se réalise entièrement sous la forme de traitement résidentiel en milieu hospitalier et, par le fait même, se retrouve à contre-courant de la politique provinciale actuelle, des conclusions des recherches effectuées sur le terrain, et, de toute évidence, de la perspective que nous proposons.

Le Comité ne désire laisser aucun doute sur ce qu'il pense d'une situation qui favorise l'expansion incontrôlée de la forme la plus onéreuse de traitement disponible et qui va à l'encontre du développement méthodique et rationnel d'un système de traitement complet et économique en Ontario.

D'autres provinces restreignent strictement le remboursement d'un traitement obtenu aux États-Unis, soit en le prohibant tout simplement, soit en le permettant seulement dans des circonstances exceptionnelles, après révision et approbation au préalable. Le Comité est d'avis que l'Ontario devrait en faire de même. On devrait imposer des restrictions sévères sur les circonstances pouvant justifier le remboursement d'un traitement obtenu aux États-Unis. Toutefois, ces restrictions devraient être mises en application graduellement, de manière à coïncider avec l'augmentation de la disponibilité des traitements alternatifs en Ontario.

UNE PERSPECTIVE POUR LES ANNÉES 90

Survol

En Ontario, la plupart des traitements des problèmes de drogues et d'alcool s'inscrivent dans le cadre du système de traitements axés sur les diverses dépendances, un système de services qui s'adresse spécifiquement aux personnes aux prises avec de tels problèmes. Dans notre perspective, *nous proposons d'accorder plus d'importance au traitement des problèmes de drogues et d'alcool en dehors de ce système, à savoir, dans les divers contextes de services (services de la santé, correctionnels et sociaux) où les problèmes émergent généralement, où ils peuvent être le plus facilement dépistés ou le plus efficacement*

traités.

Cette nouvelle orientation serait marquée par deux approches distinctes. La première nécessiterait une intervention précoce dans les milieux tels les écoles, où il est possible de dépister les problèmes naissants de drogues et d'alcool. La seconde consisterait à offrir des services spécialisés aux personnes aux prises avec des problèmes de drogues et d'alcool, services qui seraient disponibles dans des centres de services, comme des centres pour les jeunes, des centres correctionnels et des centres hospitaliers, où l'on observe couramment ces problèmes.

Nous avons l'intention de continuer de promouvoir l'offre de services spécialisés et axés sur les types de dépendance. Notre perspective comprend également un système axé sur les dépendances qui est coordonné et accessible et qui se base sur un traitement économique dont la grande qualité a été démontrée. Nous reconnaissons l'importance de la multiplicité des options de traitement, et recommandons le développement ou la mise sur pied d'un plus grand nombre de services multi-sectoriels offrant un éventail de services. Nous proposons un redéploiement des efforts en faveur des approches plus économiques de traitement sur une base externe.

Principes directeurs

Les points suivants résument la perspective du Comité.

- La manière la plus efficace de traiter les problèmes d'alcool et de drogues est d'instaurer un système qui maintient un équilibre entre, d'une part, les services axés sur les dépendances envers les drogues et l'alcool et, d'autre part, les programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues que l'on retrouve dans les systèmes de services plus génériques, à savoir les services de santé, les services sociaux et correctionnels.

- Les particularités de la clientèle influeront sur l'équilibre entre le traitement des problèmes de drogues et d'alcool à l'aide du système de services axés sur les dépendances et le traitement à l'aide des autres systèmes de services.

- Les systèmes de prestation de services devraient accorder une importance particulière à l'intervention précoce.

- L'introduction de services de traitement des problèmes de drogues et d'alcool au sein de systèmes de services plus vastes requiert : 1) un engagement administratif, 2) du financement, 3) un mandat, et 4) de la formation.

- La distinction habituelle entre les services offerts «en milieu communautaire» et ceux offerts «en milieu hospitalier» devrait faire place à une distinction qui se concentre plus explicitement sur la planification locale et l'économie.

- L'efficacité d'un traitement devrait être évaluée en fonction des avantages qu'il rapporte plutôt qu'en termes exclusifs de «guérison» ou d'échec.

- Les personnes aux prises avec des problèmes de drogues et d'alcool devraient avoir accès à de nombreuses options de traitement, ce qui permettrait d'assurer qu'elles peuvent suivre le traitement le plus susceptible de répondre à leurs besoins.

- Une évaluation détaillée est la pierre angulaire

de l'administration du traitement adéquat.

- L'éventail complet des services prévus comprend un service d'information et d'orientation, de dépistage, d'intervention précoce, et de situation de crise, outre les services déjà compris comme faisant partie des soins normalement prodigués.

- Dans le cadre du système axé sur les dépendances, on devrait favoriser la mise sur pied de centres multi-sectoriels.

- Le traitement doit être accessible pour être efficace.

- Le suivi des soins est essentiel à l'efficacité d'un traitement.

- L'évaluation du programme et des procédures de maintien de la qualité sont des fonctions vitales à un système de traitement complet et efficace.

- La coordination contribue de façon considérable à maximiser l'efficacité d'un système de service complexe.

MISE EN APPLICATION DE LA PERSPECTIVE

Voici trois exemples de mise en application de la perspective :

Intervention précoce dans les écoles

Les efforts de dépistage des problèmes de drogues et d'alcool en voie de développement chez les jeunes doivent invariablement passer par le système d'éducation. C'est là que nous sommes le plus à même de constater l'émergence de problèmes de drogues et d'alcool. Nous proposons de mettre en application dans les écoles un programme détaillé d'intervention précoce.

Centres hospitaliers

Les centres hospitaliers représentent un point central important pour mener à bien des interventions contre les problèmes de drogues et d'alcool. Ce milieu offre de nombreuses possibilités d'intervention précoce. De plus, une proportion significative des lits en centre hospitalier sont occupés par des personnes ayant développé des problèmes d'alcool et de drogues que l'on ne diagnostique ou ne traite pas. Nous recommandons un programme de dépistage et de traitement spécialisé des problèmes d'alcool et de drogues en milieu hospitalier.

Système de justice criminelle

Les personnes en milieu correctionnel, en probation ou en liberté conditionnelle dénotent une tendance plus élevée que la moyenne à éprouver des problèmes d'alcool et de drogues. Nous recommandons une réponse détaillée au problème des drogues et de l'alcool à l'intérieur du système juridique.

LE SIDA ET LE RISQUE DE L'INFECTION AU VIH

À ce jour, le nombre de cas de SIDA attribuables uniquement à l'utilisation de drogues injectables est de moins de 1 %. Des études sur le taux d'infection au VIH parmi les groupes d'utilisateurs de drogues de l'Ontario suggèrent des taux d'infection de l'ordre de 2 % à 6 %. Ces données ne laissent aucune place à la complaisance. Dans d'autres juridictions, on a observé une augmentation phénoménale du taux de séropositivité, de moins de 5 % à plus de 50 % en l'espace d'un ou deux ans. *Ces données révèlent qu'il est encore possible d'agir de manière préventive en Ontario, mais que cette occasion pourrait bien être de courte durée sans une réponse immédiate et détaillée.*

La province doit agir maintenant pour réduire au minimum l'étendue de l'infection au VIH. Une réponse préventive complète doit comprendre : de

l'information, du counselling sur le sexe et l'utilisation de drogues à moindre risque; la distribution de condoms, d'eau stérilisée et de trousses de désinfection; l'accès au traitement et des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.

Pour combattre efficacement la propagation de l'infection au VIH, plusieurs programmes doivent repenser leurs politiques de traitement et leurs attentes vis-à-vis les traitements. Ainsi, puisque nous prônons une approche de réduction des effets négatifs comme mesure d'efficacité du traitement, *nous exhortons les programmes d'encourager particulièrement la modification des comportements, ce qui réduira le risque d'infection au VIH, même si ces modifications ne s'accompagnent pas de la réduction désirée dans l'utilisation des drogues.*

Dans notre perspective, tous les programmes voués au traitement des personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues devraient avoir des politiques et procédures visant à enrayer la transmission de l'infection au VIH et à répondre de manière humaine et utile à toutes les personnes qui sont, ou qui pourraient être séropositives.

EFFICACITÉ DU TRAITEMENT : DES ATTENTES RÉALISTES

Il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que le traitement procure une «guérison» ; cela engendre des perceptions pessimistes quant à l'efficacité du traitement. Les améliorations associées au traitement se manifestent sous différentes formes, dont on doit toutes tenir compte lorsqu'on en évalue l'efficacité. Le but ultime du traitement et son issue la plus recherchée demeurent évidemment le rétablissement, mais les améliorations qui entraînent une réduction sont aussi très importantes aux yeux de la personne et de la société, et on les a négligées lors de l'évaluation de l'efficacité des traitements.

COMMENT MESURER L'EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT?

Plusieurs facteurs viennent compliquer la question de l'efficacité d'un traitement des problèmes de drogues et d'alcool. Ces facteurs sont : les différences entre les personnes se soumettant aux traitements, le large éventail de traitements disponibles, ainsi que la variabilité des critères servant à déterminer l'efficacité. *Dans l'ensemble, l'évidence permet de conclure qu'entre la moitié et les deux tiers des personnes ayant des problèmes de drogues et d'alcool manifestent une certaine amélioration au moment du suivi.* Toutefois, des généralisations sur l'efficacité des traitements peuvent porter à confusion, car plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. Aucun traitement individuel ne fonctionne à coup sûr pour tout le monde, mais par contre les traitements ne sont pas tous aussi efficaces les uns que les autres, et certaines approches peuvent s'avérer plus profitables pour des types particuliers de personnes. Des études préliminaires sur l'aspect économique des traitements ont suggéré que les coûts des traitements peuvent être compensés par les économies réalisées subséquemment au niveau de l'utilisation du système de santé, de l'augmentation de la main-d'oeuvre et de la réduction de la criminalité.

À QUEL POINT LE TRAITEMENT RÉSIDENTIEL EST-IL ÉCONOMIQUE?

Au chapitre des résultats du traitement, le traitement résidentiel à court terme est celui qui prime par l'abondance et la consistance de son évidence : ce type de traitement est moins économique que le traitement externe, dans le cas de patients non choisis. Si les faits portent à croire que le traitement résidentiel à court terme est d'une certaine utilité pour traiter les patients aux prises avec des problèmes plus aigus, ils permettent également de conclure que certaines personnes recevant actuellement un traitement résidentiel obtiendraient de tout aussi bons résultats avec des alternatives moins onéreuses.

QUELLES SONT LES AUTRES CONCLUSIONS DES RECHERCHES SUR LES RÉSULTATS DES TRAITEMENTS?

On trouvera ci-dessous un résumé des conclusions des recherches. On doit faire preuve de prudence lorsqu'on désire appliquer ces conclusions à certains groupes spécifiques (p. ex., les adolescents).

- En général, un traitement entraîne une réduction de l'utilisation d'alcool et de drogues et des améliorations à d'autres points de vue de la santé.

- Aucune approche individuelle de traitement ne s'est révélée supérieure à toutes les autres.

- On peut optimiser l'efficacité et l'économie du traitement en administrant aux patients le type et l'intensité de traitement qui répond le mieux à leurs besoins particuliers.

- Des traitements de courte durée sont bénéfiques pour de nombreuses personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues.

- Une thérapie concertée, une formation en relations interpersonnelles et un renforcement provenant de la communauté constituent des approches de traitement qui ont déjà donné des résultats encourageants dans des études de traitement bien contrôlées.

- Le traitement en résidence ne semble pas être plus efficace que le traitement hors résidence pour des patients non sélectionnés.

- La psychothérapie ne constitue pas le traitement de choix pour la plupart des adultes utilisateurs d'alcool et de drogues.

- Le traitement à la méthadone semble être le traitement préférable pour les personnes ayant une dépendance envers l'héroïne.

- L'effet des thérapeutes et d'autres aspects d'un traitement de qualité peuvent jouer un rôle déterminant sur les résultats du traitement.

- Les particularités du patient au début du traitement influent grandement sur les résultats du traitement.

- Les toxicomanes donnent souvent des signes de psychopathologie, condition qui tend à avoir des effets négatifs sur les résultats d'un traitement.

TENDANCES DANS LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES EN ONTARIO

Depuis 1980, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie mène une étude provinciale sur les services spécialisés de traitement de la consommation excessive de drogues et d'alcool. Le développement de ces services a permis de dénoter les tendances majeures qui suivent :

- Depuis 1980, les programmes ont augmenté en nombre (de 130 à 217) et en coûts (de 44,4 millions à 77,1 millions de dollars). En 1989, les 217 programmes ont permis de traiter environ 61 622 cas.

- Lorsque l'on combine les programmes de traitement externes et de jour, on observe que la charge de cas de ces programmes non résidentiels a augmenté de 45 %, comparativement à une augmentation de 70 % de la charge de cas des services résidentiels de courte durée. Le taux d'augmentation des programmes résidentiels de courte durée approche de 85 % (presque le double du taux de croissance des services non résidentiels) si on y inclut le traitement de résidents de l'Ontario aux États-Unis.

- Comparativement à 1982, on compte aujourd'hui plus de patients s'adonnant aux

drogues, soit sans consommation abusive d'alcool concomitante (de 7,8 % à 12,5 %), soit conjointement avec l'alcool (de 31 % à 41 %). L'augmentation de la consommation de drogues autres que l'alcool s'est révélée particulièrement frappante parmi les patients des programmes de désintoxication (de 1,8 % à 9,4 %).

- Au cours des dix dernières années, le nombre de patientes a pratiquement triplé, passant de 4 500 à 13 000 cas. Le nombre de femmes parmi les patients est passé de 15,4 % à 22,4 %.

- Peu de changements ont été observés au niveau des proportions des catégories d'âge la plus jeune et la plus vieille (moins de 18 ans et plus de 65 ans).

DE QUELS SERVICES A-T-ON BESOIN EN ONTARIO?

Plusieurs indicateurs permettent de conclure que la province manque actuellement de services. Ces indicateurs comprennent des comparaisons avec d'autres juridictions, des rapports de planificateurs et de fournisseurs de services de toute la province, de longues listes d'attente pour plusieurs

services, et la multiplication des références à des programmes de traitement américains. Le système de traitement américain, qui ne fonctionne pas à plein rendement, traite annuellement 35 % plus de personnes par habitant. De plus, l'Ontario possède le plus petit nombre de lits par habitant (désintoxication, résidence de courte durée et de longue durée) parmi les six juridictions sur lesquelles nous possédons des données (voir la figure 5 au chapitre 5).

Le Comité a remarqué, lors de l'examen des données de recherche/statistique et des opinions d'intervenants clefs, que l'un des sujets majeurs de préoccupation était le manque de services de traitement externes. Par exemple, des comparaisons entre les taux de traitement externe par habitant de l'Ontario et ceux du Québec, de la Saskatchewan et de l'Alberta (les seules provinces sur lesquelles nous possédons des données) démontrent que les autres provinces offrent de deux à trois fois plus de traitement externe (voir figures 6 et 7 au chapitre 5).

Une deuxième préoccupation exprimée à maintes reprises portait sur le manque de programmes résidentiels de courte durée pour les jeunes. Le comité croit que la meilleure façon de répondre à ce besoin serait de mettre sur pied, ou de désigner, de quatre à six services multi-sectoriels régionaux pour les jeunes. Ces services se trouveraient à des endroits stratégiques de la province, chacun ayant une circonscription régionale bien définie.

Dans l'un de ces centres régionaux de traitement, on devrait également établir un programme résidentiel pour jeunes adolescents (c.-à-d., de 12 à 16 ans), car il semble que c'est là le segment de la population des «jeunes» qui souffre le plus sévèrement d'un manque de services.

On devrait aussi accorder la priorité à l'augmentation du nombre et de la capacité des *programmes de traitement à la méthadone* dans certaines régions de la province. Il n'y a actuellement qu'un seul programme de méthadone en vigueur en Ontario, et celui-ci parvient à peine à répondre aux besoins d'un à deux pour cent du nombre estimé de personnes dépendantes des dérivés de l'opium.

Il y a une lacune remarquable au niveau des programmes *de dépistage et d'intervention précoce* dans les services généraux de soins de santé, ainsi que dans les services sociaux et éducatifs, et ce malgré la reconnaissance de leur importance et de leur statut prioritaire parmi les politiques en place.

Pour ce qui est des autres améliorations à apporter aux services, notons le besoin d'augmenter la capacité de certains centres d'évaluation et d'orientation; de services accrus, tels que la gestion de cas, de manière à améliorer le suivi des soins; et l'accroissement de la

capacité des centres de désintoxication non médicaux, surtout en ce qui concerne les approches convenant le mieux à de petites agglomérations et à des régions rurales.

GRAVES PROBLÉMES PARMI LES AUTOCHTONES

Les autochtones sont aux prises avec de graves problèmes d'alcool et de drogues. Leurs problèmes se traduisent par des taux considérablement plus élevés de morbidité et de mortalité associés à la consommation d'alcool et de drogues.

On doit immédiatement former un nombre substantiel de conseillers. Il manque sérieusement de conseillers qualifiés pour administrer un traitement efficace des problèmes d'alcool et de drogues d'une façon qui soit respectueuse de la culture et des traditions autochtones.

On constate des lacunes majeures dans la disponibilité de services de traitement destinés aux autochtones. En particulier, le besoin de services externes (en tant qu'alternative au traitement résidentiel) et de services de soins prolongés (pour donner suite au traitement résidentiel) se fait douloureusement sentir.

Les questions de juridiction fédérale/provinciale viennent grandement compliquer le comblement de ces lacunes au niveau du service et de la formation. Tout progrès réalisé en matière de résolution de ces problèmes passera nécessairement par la coordination et la collaboration des différents paliers de gouvernement avec les chefs autochtones.

LES BESOINS DE GROUPES PARTICULIERS

Certains groupes d'individus ayant des problèmes d'alcool et de drogues ont des besoins particuliers qui peuvent réduire l'accessibilité d'un service de traitement ou la pertinence du contenu d'un traitement.

Le Comité s'est penché sur les besoins particuliers des jeunes délinquants, des sans abris, des femmes, des francophones, des personnes âgées, des groupes ethniques, et des individus souffrant de désordres doubles. Nous exhortons les planificateurs locaux à considérer soigneusement la pertinence et l'opportunité des services déjà en place pour ces groupes particuliers lorsqu'ils déterminent les priorités de la localité en matière de services (voir le chapitre 6).

COMMENT PEUT-ON AMÉLIORER LE SYSTÉME EN PLACE?

Le Comité croit que, compte tenu des connaissances dont nous disposons actuellement, la meilleure façon d'améliorer l'efficacité des traitements en général est d'instaurer 1) un programme systématique de maintien et d'évaluation de la qualité qui permettra d'améliorer la qualité des services déjà offerts; 2) un programme systématique de formation visant à parfaire les compétences des thérapeutes et d'atteindre les normes de rendement établies lors du processus de maintien de la qualité; 3) plus d'occasions d'offrir aux patients le traitement qui leur convient, le plus économiquement possible; 4) l'amélioration du suivi des soins grâce à l'application concertée des principes de gestion efficace des cas; 5) une amélioration considérable de la coordination aux niveaux de la politique et du financement, ainsi que de la prestation du service; et 6) un programme de recherche qui équilibre, d'une part, l'identification de directives dans le but de faciliter la prestation de soins adéquats ainsi que d'autres améliorations au système de traitement en place, et, d'autre part, la recherche d'approches de traitement plus efficaces.

Amélioration de la coordination

On doit améliorer la coordination à trois niveaux.

(1) au niveau du patient, où l'on détermine l'orientation et le traitement que suivront les personnes recherchant de l'aide;

(2) au niveau de l'organisme, où l'on détermine la manière dont les organismes en place fonctionneront et coopéreront entre eux;

(3) au niveau du financement, où l'on détermine les allocations de ressources aux divers services offerts dans la collectivité.

Coordination au niveau du patient

La coordination au niveau du patient assure l'intégration complète des éléments du traitement qui se déroulent simultanément, et la relation et l'harmonisation des interventions thérapeutiques ayant lieu de manière consécutive. On la désigne souvent sous le nom de «suivi des soins».

La mise sur pied de centres multi-sectoriels contribuerait grandement à l'amélioration du suivi des soins. Il est beaucoup plus facile de mener à bien la coordination des interventions, le partage de l'information et la mise en rapport des fonctions au sein d'un même service que cela ne l'est entre diverses instances de services.

La gestion des cas est la fonction qui devrait assurer le suivi des soins lorsque plus d'une instance est appelée à intervenir dans la prestation de services. *La fonction de gestion des cas devrait s'effectuer à tous les points où il est possible d'entreprendre un traitement.* Il se peut que l'on doive recourir à différents modèles de gestion des cas selon les particularités du patient.

Coordination des services au niveau de l'organisme

Le Comité reconnaît l'importance de la coordination entre les organismes situés dans les mêmes régions et il appuie le financement de positions rémunérées de coordinateur pour les juridictions importantes ou complexes.

Le Comité appuie le principe de planification et de détermination des priorités au niveau local avec la participation des groupes de planification locaux et les Conseils régionaux de santé (CRS). Le comité recommande que le ministère de la Santé réaffirme son engagement envers la fixation locale de priorités en matière de services relatifs à l'alcool et aux drogues, mais qu'il évite de limiter arbitrairement le nombre de propositions pouvant recevoir un financement dans une région donnée.

Coordination des services au niveau du financement

La coordination des services offerts aux usagers d'alcool et de drogues souffre de sérieux problèmes au niveau du financement provenant du gouvernement provincial. Cela se manifeste à l'intérieur des ministères et entre eux.

Le manque de coordination interministérielle en Ontario a produit un système de traitement encombré par des politiques et procédures contradictoires et incapable de combler rapidement les lacunes qui se manifestent dans les services à l'aide de modèles de traitement souples qui répondent à tous les besoins des patients.

Le comité recommande fortement la création d'un organisme interministériel de coordination dont le mandat serait de se concentrer sur la coordination. Il ne devrait jouer AUCUN rôle dans le processus de financement.

Maintien et évaluation de la qualité

Le maintien de la qualité est une méthode éprouvée d'améliorer la qualité et l'efficacité de services de traitement. Nous encourageons la conception et la mise en oeuvre d'un programme de maintien de la qualité à l'échelle de la province.

Le test ultime de l'efficacité d'un traitement est le résultat du traitement. Nous désirons que l'on accorde plus d'importance à l'évaluation des programmes, afin de faciliter le développement et l'amélioration des programmes sur une base permanente, de développer une base empirique pour l'offre de traitements adéquats aux patients, et pour augmenter l'imputabilté des programmes.

Formation

Des recherches nous portent à croire que la compétence et l'habileté des fournisseurs de traitements exercent une certaine influence sur l'efficacité du traitement. Une façon d'améliorer l'efficacité des traitements consiste à accorder plus d'importance à la formation.

QUELLES SONT LES PRIORITÉS DE RECHERCHE?

Voici les champs de recherche que le comité considère comme prioritaires :

- déterminer les traitements les plus bénéfiques pour les jeunes;
- développer des méthodes d'évaluation et de traitement pour les désordres doubles;
- déterminer l'efficacité des groupes d'entraide;
- déterminer les manières le plus efficaces d'assurer le «suivi des soins»;
- mettre au point des programmes efficaces de prévention contre le VIH;
- identifier les caractéristiques et compétences des fournisseurs de traitements qui favorisent l'amélioration des résultats;
- mettre au point des approches de soins externes pour des groupes particuliers;
- préciser des directives empiriques sur l'offre de traitements adéquats aux patients;
- effectuer des analyses économiques d'approches particulières de traitement;
- déterminer l'effet de la coordination interorganismes sur l'efficacité des traitements;
- mettre au point des stratégies pour augmenter la motivation en faveur du traitement et au cours de celui-ci;
- mettre au point des modèles de gestion de cas spécifiques à des groupes particuliers.

POUVONS-NOUS NOUS PERMETTRE LES AMÉLIORATIONS?

Le comité reconnaît que l'on doit apporter des améliorations considérables aux services de traitement des personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues. Cela comprend l'expansion nécessaire du système spécifique aux dépendances, de même que la mise en oeuvre de programmes d'intervention précoce et de services de traitement spécialisés au sein d'autres systèmes de services. Une question que l'on est en droit de se demander est : «La province peut-elle se le permettre?»

La réponse est qu'on pourrait apporter des améliorations considérables au système de traitement ontarien sans aucune augmentation des déboursés de la province. Nous n'avons qu'à réaffecter les sommes actuellement dépensées en traitement aux États-Unis vers des services offerts en Ontario. Un traitement résidentiel offert en Ontario coûte beaucoup moins cher qu'un traitement américain privé à but lucratif. De plus, seule une petite partie des fonds réaffectés devrait servir à augmenter le traitement résidentiel en Ontario.

Les sommes allouées au traitement rapporteraient beaucoup plus si elles étaient investies dans des services ontariens. On réfère environ 3 500 cas aux États-Unis chaque année. Pour le coût d'environ 1 000 traitements aux États-Unis, on pourrait offrir des services de traitement externe à approximativement 25 000 Ontariens. La somme déboursée pour 500 de ces références pourrait financer des programmes d'intervention précoce dans 100 écoles. Six centres multi-sectoriels pour les jeunes traitant environ 5 000 cas par année pourraient être établis pour le prix de 1 000 références aux États-Unis. Le coût de 100 références aux États-Unis servirait à mettre sur pied des programmes de traitement de jour dans quatre centres de traitement en milieu correctionnel.

En ces temps où les ressources se font rares et les demandes pressantes, il serait inexcusable que l'on ne profite pas de toutes les occasions qui s'offrent de bâtir un système de traitement ontarien sensible, efficace et économique.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

On trouvera ci-dessous un résumé des recommandations classées selon le chapitre dans lequel elles apparaissent :

Chapitre 2

Recommandation I

Le Comité recommande que le processus d'évaluation des résultats des traitements de personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues contiennent des procédures destinées à estimer systématiquement et objectivement : 1) la consommation d'alcool et de drogues; 2) la dépendance vis-à-vis l'alcool et les drogues; et 3) les problèmes reliés à l'alcool et aux drogues.

Chapitre 3

Recommandation II

Le Comité recommande que sa perspective d'un système de traitement des problèmes d'alcool et de drogues serve de base à une révision de la politique gouvernementale de planification et de développement de services de traitement pour les personnes aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues en Ontario.

Recommandation III

a) Le Comité recommande l'amendement du paragraphe 57, article 452 de la Loi sur l'assurance-maladie de manière à imposer des restrictions sévères sur les remboursements par la RASO de traitements de problèmes d'alcool et de drogues aux États-Unis.

b) Le Comité recommande également que les sommes actuellement dépensées aux États-Unis soient réaffectées à l'expansion et au développement de services économiques en Ontario.

c) Nous recommandons en outre que ces restrictions soient imposées graduellement de manière à coïncider avec l'expansion des services ontariens.

Recommandation IV

Le Comité recommande que le ministère de l'Éducation alloue des fonds à la mise en oeuvre de programmes d'intervention précoce dans les écoles.

Recommandation V

a) Le Comité recommande que le ministère de la Santé alloue des fonds à la mise en oeuvre de programmes d'intervention précoce et de dépistage des cas dans les centres hospitaliers.

b) Nous recommandons en outre que l'on développe et mette en oeuvre des versions de cette approche qui seront adaptées aux hôpitaux psychiatriques, aux hôpitaux pour enfants et aux autres hôpitaux spécialisés.

Recommandation VI

a) Le Comité recommande que le ministère de la Santé (MSO) élimine les distinctions arbitraires entre les services "en milieu hospitalier" et ceux "en milieu communautaire", afin de permettre la considération des facteurs économie et efficacité lors du choix de l'emplacement le plus approprié des programmes de traitement.

b) Nous recommandons en outre que le MSO établisse des mécanismes qui assurent que les programmes de traitement non résidentiels dans les hôpitaux reçoivent leur part juste et

équitable des fonds mis à la disposition des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues.

Recommandation VII

Le Comité recommande que tous les contrevenants dans le système correctionnel provincial aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues aient accès aux programmes appropriés d'évaluation et de traitement. Pour assurer que tel sera le cas, nous recommandons en outre :

i) que le ministère des Services correctionnels mette en oeuvre des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues dans les Centres de ressources communautaires (C.R.C) qui offriront une option communautaire aux contrevenants à moindre risque;

ii) que le ministère des Services correctionnels étende ses programmes d'évaluation et de traitement des problèmes d'alcool et de drogues dans ses institutions de traitement aux contrevenants qui ne sont pas encore prêts pour une option communautaire;

iii) que le ministère des Services correctionnels finance la formation et la dotation de personnel nécessaires pour que les fonctions reliées au suivi des soins et à la gestion des cas soient remplies par les agents de probation et de liberté conditionnelle;

iv) que les ministères de la Santé et des Services correctionnels collaborent à identifier les mécanismes permettant aux détenus, aux personnes en probation ou en liberté conditionnelle et aux ex-détenus d'utiliser en plus grand nombre les programmes communautaires d'évaluation et de traitement;

v) que les programmes de traitement communautaire passent en revue leurs critères d'admissibilité et apportent les correctifs nécessaires pour assurer que les ex-détenus et les détenus actuels se prévalant des options communautaires aient un accès équitable à des programmes de traitement;

vi) que le ministère des Services correctionnels finance des programmes de formation pour assurer une prestation adéquate de ces services de traitement nouveaux ou élargis.

Recommandation VIII

Le Comité recommande que le ministère de la Santé accorde une grande priorité à un programme détaillé de prévention du VIH qui devrait comprendre l'appui des programmes d'échange des aiguilles et des seringues.

Recommandation IX

Le Comité recommande que les programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues nomment un membre du personnel comme «Coordonnateur du dossier VIH»; cette personne sera responsable de : 1) la mise en oeuvre de stratégies de prévention; 2) l'élaboration de politiques et de procédures régissant le traitement des personnes infectées au VIH; et 3) la formation du personnel.

Recommandation X

a) Le Comité recommande que les programmes de traitement mettent au point un programme détaillé de prévention du VIH/SIDA au sein de leur service, programme qui tiendra compte des éléments clés suivants, selon la population desservie : 1) information; 2) counselling en matière de sexe et d'usage de drogues à moindre risque; 3) distribution de condoms; 4) distribution de trousses d'eau stérilisée et de javel; et 5) échange d'aiguilles et de seringues.

b) Nous recommandons en outre que les

programmes de traitement passent en revue leurs critères d'admissibilité et y apportent les correctifs nécessaires pour faire en sorte que les personnes séropositives aient un accès égal aux traitements.

Chapitre 5

Recommandation XI

Le Comité recommande une expansion substantielle des services de traitement en Ontario dans tous les domaines des soins de la santé, tout particulièrement le développement de centres multi-sectoriels.

Recommandation XII

a) Le Comité recommande que l'on donne priorité à l'expansion des services externes dans toute la province.

b) En accord avec la recommandation XI, nous recommandons en outre que, lors de la planification et du financement des services externes, on situe les services externes principalement dans :

   i) les centres d'évaluation et d'orientation;
   ii) les milieux offrant actuellement un traitement résidentiel; et
   iii) les milieux génériques, tels les services aux jeunes, les hôpitaux et les centres correctionnels qui prodiguent actuellement des soins à un grand nombre de personnes aux prises avec un problème d'alcool et de drogues.

Recommandation XIII

a) Le Comité recommande la mise au point d'autres options de traitement souples, non résidentielles, telles le traitement de jour ou de soir.

b) En accord avec la recommandation XI, nous recommandons en outre que, lors de la planification et du financement de tels services, on situe ces services en priorité dans :

   i) les services externes en place;
   ii) les milieux offrant actuellement un traitement résidentiel; et
   iii) les milieux génériques, tels les services aux jeunes, les hôpitaux et les centres correctionnels qui prodiguent actuellement des soins à un grand nombre de personnes aux prises avec un problème d'alcool et de drogues.

Recommandation XIV

a) Le Comité recommande que l'on accorde la priorité à la mise sur pied de quatre à six centres multi-sectoriels régionaux (comprenant des services de traitement externe, de jour et résidentiels) pour les jeunes de vingt-cinq ans et moins. La mise sur pied de tels centres pourrait exiger la réaffectation de services en place ou la collaboration entre ces derniers afin d'assurer que tous les patients ont accès à un choix d'options selon leurs besoins.

b) Le Comité recommande en outre que :

   i) chaque centre régional offre un programme résidentiel pour les jeunes de seize à vingt-cinq ans; et
   ii) un des centres offre un programme résidentiel pour les enfants et les adolescents de dix-huit ans et moins.

Recommandation XV

Le Comité recommande d'augmenter la capacité des centres d'évaluation et d'orientation grâce à la mise sur pied de nouveaux programmes, au besoin, et à l'expansion des centres déjà en place. En accord avec la recommandation XII, le rôle des centres d'évaluation et d'orientation devrait également être élargi de manière

à comprendre le traitement de patients en clinique externe.

Recommandation XVI

Le Comité recommande que les organismes de planification et de financement accordent une plus grande importance au «suivi des soins» lors de l'allocation de fonds aux services nouveaux et élargis, avec une considération particulière à la prestation de services de «suivi de soins» et de «gestion des cas».

Recommandation XVII

a) Le Comité recommande l'agrandissement des services de désintoxication en soulignant la prestation de services qui sont mieux adaptés aux petits centres urbains, aux régions rurales et éloignées.

b) Le Comité recommande en outre que les ministères de la Santé et des Services sociaux et communautaires, conjointement avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et d'autres groupes intéressés passent en revue le mandat des centres de désintoxification en ce qui a trait à leur rôle dans le système de traitement, l'abus de drogues autres que l'alcool, les divers besoins sociaux, psychologiques et physiques de la personne connaissant des problèmes de drogues et les besoin continu en formation du personnel.

Recommandation XVIII

Le Comité recommande que les ministères de la Santé et des Services sociaux et communautaires, conjointement avec le Alcohol and Drug Recovery (Home) Association of Ontario (ADRAO) et d'autres groupes intéressés, procède à une révision opérationnelle des centres d'accueil de réadaptation qui tiendra compte : 1) des problèmes de financement; 2) de la variété des besoins selon la géographie; et 3) des approches actuelles de prestation de service. Le résultat de cette révision opérationnelle devrait comprendre des recommandations au sujet des modèles de centres d'accueil de réadaptation et des mécanismes appropriés qui assureront un financement juste et équitable.

Recommandation XIX

Le Comité recommande que le ministère de la Santé, conjointement avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et les autres groupes intéressés, accordent la priorité à la planification et à la mise en oeuvre d'une expansion des services de traitement à la méthadone.

Recommandation XX

Le Comité recommande la mise sur pied (au sein des centres de traitement actuels) de centres d'information et de référence régionaux reliés par ordinateur afin de répondre aux différentes questions du public sur l'accès au système de traitement.

Chapitre 6

Recommandation XXI

a) Le Comité recommande que le ministère de la Santé et NNADAP augmentent les fonds disponibles pour la prestation de traitements culturellement appropriés aux autochtones aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues.

b) Nous recommandons en outre que le MSO produise et diffuse des directives claires et détaillées sur les mécanismes d'accès aux fonds provinciaux réservés aux services de traitement pour les autochtones.

c) Nous recommandons en outre que le MSO clarifie le rôle et les responsabilités du coordinateur de la santé autochtone du Ministère en regard des services de traitement des problèmes d'alcool et de drogues et que la personne occupant ce poste promeuve les

programmes autochtones de traitement des problèmes d'alcool et de drogues.

Recommandation XXII

Le Comité recommande que le MSO et NNADAP, de concert avec les Premières Nations et d'autres ressources de formation pertinentes, accordent une grande importance à la mise sur pied et au financement d'un plan d'action dont le but serait d'assurer la formation et le développement professionnel adéquats de tout le personnel de traitement autochtone.

Chapitre 7

Recommandation XXIII

a) Le Comité recommande que se fasse la «gestion des cas» à tous les endroits où il est possible d'entamer le processus de traitement et que tous les programmes de traitement aient des politiques et procédures qui assurent que la gestion des cas s'effectue ou qu'elle est offerte à tous leurs patients.

b) Le Comité recommande que les éléments essentiels de la fonction de gestion des cas soient définis comme* :

1. une évaluation continue des forces, faiblesses et besoins actuels;
2. une planification continue afin de déterminer les services qui répondent le mieux aux besoins particuliers du patient;
3. une orientation du client vers les services requis et une assurance que cette orientation est maintenue;
4. un suivi et une évaluation du progrès continus; et
5. une représentation en faveur du client afin de s'assurer que le système de traitement répond équitablement et efficacement à ses besoins.

* Ces éléments ont été définis par la U.S. Joint Commission on Accreditation of Hospitals

Recommandation XXIV

Le Comité recommande que le ministère de la Santé exige que les descriptions d'emploi de tous les directeurs de programmes de traitement de problèmes d'alcool et de drogues précisent qu'entre cinq et dix pour cent de leur temps devrait être voué à la participation à des comités de planification et à d'autres activités de coordination.

Recommandation XXV

Le Comité recommande que le ministère de la Santé réaffirme son engagement de donner priorité à la création de services de traitement des problèmes d'alcool et de drogues au niveau local, tout en évitant d'établir des limites arbitraires sur le nombre de projets pouvant être subventionnés dans une région donnée.

Recommandation XXVI

Le Comité recommande que le sous-ministre adjoint responsable conjointement des ministères des Services sociaux et communautaires et de la Santé tente de trouver une solution au problème du financement des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues parmi les jeunes de moins de seize ans.

Recommandation XXVII

Le Comité recommande le maintien d'un organisme de coordination interministériel, mais que le mandat d'un tel organisme accentue la coordination. Il ne devrait jouer aucun rôle au niveau du financement.

Recommandation XXVIII

a) Le ministère de la Santé, assumant un rôle de chef de file, avec la collaboration et l'aide des

principaux intéressés dans le réseau de traitement des problèmes d'alcool et de drogues, devrait instituer un comité qui aurait pour mandat de concevoir et de mettre en oeuvre un système de maintien de la qualité.

b) Nous recommandons en outre que l'objectif initial de ce comité soit d'élaborer des normes régissant les service de traitement des problèmes d'alcool et de drogues et de mettre au point un processus de suivi et d'évaluation qui permettrait de déterminer sur une base permanente la conformité aux normes.

c) Le Comité recommande en outre que le comité de maintien de la qualité ait pour mandat d'identifier les mécanismes de formation qui aideront les personnes et les programmes à se conformer aux normes de rendement précisées.

d) Le Comité recommande de plus que le MSO étudie la possibilité de mettre au point un système de suivi des patients doté d'un élément unique d'identification qui permettrait de suivre : la direction dans laquelle le patient est orienté, les services fournis, et les réponses à ces services. On devrait assurer la protection de son caractère confidentiel.

Recommandation XXIX

a) Le Comité recommande que les propositions de financement des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogues accordent plus d'importance à l'inclusion d'objectifs mesurables, de critères d'évaluation explicites et à l'allocation de fonds adéquats aux fins d'évaluations.

b) Nous recommandons en outre que les directeurs et les membres choisis des programmes, de même que les membres du personnel faisant partie des organismes de financement reçoivent une formation plus poussée dans le domaine de l'évaluation de programme, afin d'assurer une compréhension commune des méthodes et des concepts d'évaluation et de faciliter le développement de meilleures études de maintien de la qualité.

Recommandation XXX

Le Comité recommande que, lors de la mise en application des recommandations IV, XII et/ou XIV, les ministères concernés allouent des fonds à la mise au point de programmes de formation, mise au point qui devrait s'effectuer en collaboration avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

ANNEXE E

NOMS ET AFFILIATIONS DES MÉMOIRES

REMARQUE
- *** Mémoire seulement**
- **** Mémoire et présentation**
- ***** Présentation seulement**

KITCHENER / WATERLOO — MÉMOIRES DU 15 FÉVRIER

Val Baker **
Pharmaco-dépendance
Conseiller de recherche
Centre de rétablissement de Waterloo

Belle Bennett ***
Change Now (Guelph)

Cathy M. Brothers **
Directrice des services communautaires
Hôpital général St. Mary's

James D. Van Camp **
Directeur, Hôpital Listowel
et maire de Listowel

David Colemen et Ted Mavor *
Service d'évaluation de l'alcoolisme et de la toxicomanie
de la région de
Waterloo
Fondation de la recherche sur la toxicomanie
Comité communautaire consultatif

Sandy Ellis **
Représentant du personnel
Services communautaires de main-d'oeuvre de la
région de Waterloo

George Fraser et Andy Mcleod ***
Citoyens

Diane Frederick **
Évaluation et conseillère de suivi
Centres Alcontrol

Pam Gardiner **
Directrice des programmes,
et Martin Buhr
Directeur général
Programme de rétablissement Home-House of Friendship

Pam Gardiner *
Présidente
Association des travailleurs toxicomanes de
Waterloo Wellington

Thomas Guinsburg *
Recteur
Université Western Carole Hae ***
Sous-comité industriel de Waterloo sur les programmes
de sensibilisation aux drogues

Douglas Mitchell et James Lavell *
Groupe cible d'intervention
Collège Grand River

Kenneth E. Motts *
Directeur général
AEQUITAS
Centre Kitchener
Centre de ressources communautaires

Jassy Narayah **
Superviseur
Lutherwood
et Gary Foran, directeur de la commission
du logement de Waterloo

Stephen Pierce **
Directeur
Agence communautaire des services destinés
aux alcooliques et aux toxicomanes

Neal Ruton *
Directeur général
Stonehenge

Darryl Upfold **
Coordonnateur
Clinique pour jeunes toxicomanes
Hôpital général St. Mary's

Patricia R. Wolfe *
Citoyen
Réserve de Kettle et Stony Point

LONDON — MÉMOIRES DU 21 FÉVRIER

Shirley Anderson et Jeff Wilbee **
Citoyens du comté de Perth

Dr Martin Bokhout **
Médecin hygiéniste et directeur
Département de santé du comté de Huron
et Merill Thomas, directeur des programmes
Centre Huron d'évaluation et d'orientation des toxicomanes

Lorna Chamberland et Ernie Redden **
Directeur adjoint
Département de toxicomanie de l'hôpital général de Sarnia

Angelina Chiu **
Présidente
Sous-comité sur la toxicomanie
Conseil régional de santé de Lambton

Rita-Marie Hadley *
Directrice générale adjointe
Conseil régional de santé de Brant

Deborah Hill, représentante en santé communautaire *
Citoyenne
Oneida, Southwold

Brian Lindsay *
Conseiller
Ville de Blenheim

Carol Loft *
Citoyen
Territoire mohawk de Tyendinaga

Alison Mahon *
Directrice générale adjointe
Conseil régional de santé de Lambton (Sarnia)

Kimberlee A. Martin *
Prévention et bien-être des enfants autochtones
Membre du Conseil des Six-Nations
Brantford

Wendy Johnson-Martin *
Représentante en santé communautaire
Six-Nations de Grand River
Programme de soins du collège Mohawk destiné à la co
llectivité autochtone

Ken McCabe ***
RAOUL Wallenberg Inc.
Rosaline McCoy **
Directrice générale, et Tom Docksotder
Directeur général
Centre d'entraide N'Amerind (London)
et Amy Williams, coordonnatrice, Projet de prévention
de l'alcoolisme et de la toxicomanie

Jeffrey Rouse ***
Directeur
Centre Cody

Dagmar Sandy *
Réserve indienne de l'île Christian
Étudiant au collège Mohawk (Brantford)

Linda B. Silbey *
Présidente
Conseil d'intervention en matière d'alcoolisme
et de toxicomanie

Dr David W. Smith **
Directeur médical
et Phyllis Ferguson, infirmière et
Coordonnatrice du département de rétablissement de
l'hôpital psychiatrique St. Thomas

Bruce Taylor *
Président
Centre de désintoxication et de rétablissement
Haldiman-Norfolk (Simcoe)
Centre Holmes

Bev Thompson ***
Directrice générale
Centre de traitement Westover
Thamesville

Mary-Lynn Thompson **
Directrice générale
Centre Perth pour toxicomanes, Stratford

Cliff Trainor ***
Représentant des toxicomanes
Programme conjoint d'alcoolisme et de
toxicomanie
Local 27, T.C.A., General Motors

Olga Wagler *
Membre du comité
Centre de désintoxication Grey Bruce
Comité de prévention de la toxicomanie

Peter J. Welch *
Directeur Service d'évaluation et d'orientation
du département régional de santé de
Haldimand-Norfolk (Simcoe)

Mike Wilson **
Directeur intérimaire
Centre de santé St. Joseph's
Département de la toxicomanie

WINDSOR — MÉMOIRES DU 22 FÉVRIER

Margaret Campbell **
Coordonnatrice
Services aux toxicomanes
Armée du Salut
Centre de services communautaires de Windsor

Ron Dickson **
Coordonnateur
Programme à l'intention des toxicomanes, TCA

Charlene Dodge *
Travailleuse de la santé auprès des autochtones
Île de Walpole

Dwight Duncan **
Directeur et
Dr Patrick Ryan, Directeur du programme de
28 jours et des services professionnels du
centre de rétablissement Brentwood

Elliot Dunlop **
Coordonnateur adjoint
Éducation physique et générale
Commission scolaire de la ville de Windsor

Denis Exner **
Directeur du centre communautaire d'action sociale
Conseil d'administration de l'hôpital régional de Syndenham

Judith Hall-Jacobsen *
Travailleurs de développement communautaire
Communauté FOCUS de Windsor

Doreen Houle **
Conseillère sociale auprès des autochtones
CAN-AM Indian Friendship
Centre de Windsor

Layne Katzman et John Zarebski ***
Groupe de travail sur les services aux toxicomanes
Comté d'Essex

Connie-Jean Latham **
Citoyenne de Wheatley

Patricia Sword *
Coordonnateur de programmes
Programmes de services communautaires de l'île de Walpole
PNLAADA de la première nation de l'île de Walpole (Wallaceburg)

TORONTO — MÉMOIRES DU 28 FÉVRIER

Irene Atkinson *
Commissaire, quartier n° 2
Commission scolaire de Toronto
et présidente, Programme scolaire communautaire
anti-drogues de Parksdale

Frank Bean *
Président régional et chef de la direction
Municipalité régionale de Peel
Groupe de travail sur la toxicomanie, Brampton

Sandy Bollenbach *
Coordinateur de la promotion de la santé
Département de santé de la ville de York

Larry Booth **
Coordonnateur des projets spéciaux
Services communautaires de main-d'oeuvre de Peel

Marilyn Bowers **
Coordonnatrice
Groupe de travail du maire de Toronto sur les drogues

Dr Daniel Buckley *
Centre médical Warden Woods (Scarborough)

John Butler *
Directeur général
Association des Conseils régionaux de santé de l'Ontario
(Brampton)

R. Campbell **
Président
Association Renascent
Centres Renascent et Fondation Renascent
du président Frank O'Dea

Walter Cavalieri **
Travailleur social
Centre de santé communautaire de Parkdale

Raymond J. Christopher **
Citoyen

Jim Clendinning *
Directeur régional
Société de l'aide à l'enfance de Durham
(Ajax)

Grant Corbett **
Superviseur de programmes
Professeur clinique adjoint Département des services
de santé publique
Services d'évaluation de l'alcoolisme et de la toxicomanie
Municipalité régionale de Hamilton-Wentworth

Wally Coulthard **
Psychologue
Concerns Canada

Daniel Crombie *
Commis du Toronto métropolitain
Département métropolitain des commis

Lori Dalecki *
Directrice, et
Freda Muscovitch, Présidente (???)
Ad Coalition CONNECT Counselling Services
Société canadienne de l'ouïe

Ken Dietrich *
Région centrale de l'Association de rétablissement
des toxicomanes
de l'Ontario (ADRAO)
Société St-Vincent-De-Paul
Centre Ozanam

Ton Draginov ***
Citoyen

Steve G. ***
Citoyen

Lynn Elkan *
Vice-présidente
Services aux patients
Hôpital du comté de York (Newmarket)

Win Herrington et Diana Walker ***
Inner City / YOUTHLINK

Denis James *
Président
Traitement de la toxicomanie du Toronto métropolitain

P.R.W. Kendall *
Médecin hygiéniste de la santé
Département de santé publique de la
ville de Toronto

Sherry Kulman *
Directrice générale
Société John Howard du
Toronto métropolitan

Floyd Laughren *
Trésorier de l'Ontario Margaret Leslie *
Présidente, Conseil d'administration
du manoir Destiny (Oshawa)

TORONTO — MÉMOIRES DU 28 FÉVRIER(CONTINUE)

Toby Levinson, M. A. (psychologie) et conseiller **
Coordinateur des programmes continus de santé
à l'intention des contrevenants de la conduite
avec des facultés affaiblies
et psychologue aux Services de santé Bellwood

Jessamyn Looyenz *
Étudiante de 4e année en travail social
École polytechnique de Ryerson

Linda Lowery-Bell *
Présidente
Conseil régional des jeunes toxicomanes (Durham)

Patricia Main *
Présidente
Conseil régional de santé du Toronto métropolitain

Jack Pennings, Maitrise en service social (M. S. S). et Lucy Costa **
Persons United for Self-Help in Ontario (PUSH)

Terry Rose **
Starting Over Ltd.

Wes Smith *
Citoyens pour le traitement efficace de la toxicomanie
en Ontario

Ian Stewart *
Président
Coordonnateur directeur du comité ADAPT
d'évaluation et d'orientation
Programme de toxicomanie Halton

Grace Terrett **
Directrice
Centre YMCA, et Charlynn Rhea
Coordonnatrice, Programmes à l'intention des jeunes
toxicomanes

Mae Vavoids *
Présidente
Comité sur la santé mentale et la toxicomanie
Conseil régional de la santé (Oakville)

David Ward *
Citoyen

Ruth Williams *
Citoyen

TORONTO NORD — MÉMOIRES DU 1er MARS

Dr John Armstrong **
Président
Département de psychiatrie
Hôpital général de North York
et Brenda Formuse, infirmière, coordonnatrice
des programmes de toxicomanie de
l'hôpital général de North York
et John Heggie, membre du conseil d'administration
de DANNY
Hôpital général de North York

Daniel Babbas **
The Patriarch Inc.
Action sociale prévention santé information

Dr R. Gordon Bell **
Président honoraire
Services de santé Bellwood

Diane Buhler **
Parents Against Drugs (parents contre les drogues)

M. A.L.P. Carella **
Directeur et président
Comité des relations entre le public
et le gouvernement
Fondation Vitanova

Paul D. Flynn **
Citoyen

Frank D. Hogan **
Thérapeute
Services de santé Bellwood

Marja-Lisa Konttinen **
Coordonnatrice
Commission du logement du Toronto métropolitain
Programme anti-drogues

Dr David Korn **
Président and chef de la direction
Institut Donwood

Debra Levine ***
Travailleuse sociale
Hôpital général de North York

Dennis Long **
Directeur général
Comité des services de traitement de la toxicomanie
du Toronto métropolitain
Directeur, Centre de traitement Breakaway

Brian McLathie, M. D. *
Directeur
Centre Pinewood de l'hôpital général d'Oshawa

Carol V. Montagnes **
Directeur général
Conseil autochtone de l'Ontario sur la justice

Marie Murphy ***
Métallurgistes unis d'Amérique (MUA), Région n° 6

Major Reginald Newbury **
Président
ADRAO

David Olensky, infirmier, docteur en acuponcture **
Directeur
Clinique d'acuponcture de North York

Pat O'Neill **
Co-président
Comité de travail du projet Rebirth

Frank H. Parkhouse *
Sous-chef de police
Président, Comité sur la toxicomanie de
l'Association des chefs de police de l'Ontario

Terrance Parsons *
Vice-président directeur
Centres psychiatriques communautaires
Woodbridge

Nancy Richford *
Secrétaire
Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie
du Toronto métropolitain
Municipalité du Toronto métropolitain

Dr Diane Riley **
Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies

Conseillère Judy Sgro **
Présidente
Groupe de travail du maire sur la toxicomanie

Mike Spence **
et Gord Whitaker
DART (Drug Awareness Resource Teachers)
Collège Vaughan R.

Ralph Stanley *
Lieutenant-colonel
Secrétaire, Service à l'intention des toxicomanes et
des personnes en voie de rétablissement
de l'Armée du Salut
Canada et les Bermudes

TORONTO NORD — MÉMOIRES DU 1er MARS (CONTINUE)

Keith McLeod *
Président
Coalition multiculturelle sur la santé (Downsview)

R.J. Miskokomon **
Anishinabek : Union des autochtones de l'Ontario,
Division de Toronto
Craig Thompson, M. Ed. *
Vice-président
Association des programmes d'aide aux employés de Toronto

John Trainor *
Président
EMHSA, Agence de services de santé mentale d'Etobicoke
(West Mall)

Kate Tschakovsky, M. S. S. *
Travailleuse, programmes de toxicomanie
et Sharon Sawatzsky, directrice des services sociaux
Société Elizabeth Fry de Toronto

Gloria Tuck, A.E.D. *
Services aux patients
Hôpital général de Whitby

T. Turner *
Directeur médical
Services de santé mentale de l'hôpital des médecins
Campus multiculturel de santé communautaire (Toronto)

Howard J. Watson, M. S. S. *
Directeur
Human Affairs Intl. Inc. (Toronto)

Lloyd Werden **
Directeur général et des programmes
Centre ALPHA

William Wine *
Directeur
Centre pour les jeunes High Park

Linda Wright-Hoffman, M. S. S.: *
Kerry Bowman, M. S. S., Diane-Neil Pollinger, M. S. S.
et Robin Rutton M. S. S., hôpital de Toronto

Glenn Swansen *
Vice-président
Exploitation et entretien, région de l'Est
Transport intermodal des marchandises, Canadien Pacifique

KINGSTON — MÉMOIRES DU 7 MARS

Douglas Auld *
Président
Collège Loyalist (Belleville)

Shielda Crook *
Conseillère en santé et
en mode de vie (Belleville)

Arthur F. Bond *
Président
Le conseil régional de santé de l'Est de l'Ontario
(Cornwall)

Donald Bryce et Roger Ramage ***
Citoyens (Brockville)

Don Cowell **
Directeur général
Programme de traitement de jour de la toxicomanie
de Kingston

Susan Cross **
Directeur général
Centre d'orientation des toxicomanes de Kingston

Paul J. Dumas *
Coordonnateur des programmes
Conseil correctionnel de Pembroke et des environs

Dave Gervais **
Directeur des programmes
et Wally Sambirsky, membre du personnel
Programme de rétablissement du centre Kingswood

Gerry Gregory ***
Directeur
Centre de désintoxication de l'hôpital Hôtel-Dieu (Kingston)

W.R. Hayden, C.A.C. **
Directeur général
Brock Cottage Inc. et Tenant House
Président de l'Association pour l'intervention en matière
de dépendance

Tom Mawhinney, M. D., conseiller en psychiatrie **
Coordonnateur clinique de la résidence des adolescents
et du Centre pour enfants Beechgrove
et président de la division de Kingston de l'Association canadienne pour la santé mentale

Charlene Metallic **
Conseillère auprès des toxicomanes autochtones

OTTAWA — MÉMOIRES DU 8 MARS

Gerry Backs *
Président du conseil d'administration
Centre Sobriety

Ariene et Patrick Beckett *
Citoyens
Ottawa

Ron Bennett **
Directeur législatif national
United Transportation Union

Michael F. Crowley **
Directeur du développement
Programme de traitement de la toxicomanie du centre
Portage (Ontario)
et Miguel Del Rosario,
Directeur des services cliniques du centre Portage (Montréal)

Marion Dewar **
Directeur général
Le Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse,
et membre du conseil d'administration du
Centre de traitement en résidence des jeunes toxicomanes
et Jay Acton, membre du conseil d'administration

Helen Henry **
Présidente
Conseil consultatif des femmes
sur les programmes en matière de toxicomanie

Robert Hoffman *
Président
Société John Howard d'Ottawa

Dr Timothy Hogan **
Directeur général
Bureau des services à la jeunesse

Nancy Kelly **
Conseillère des programmes
Prévention de la toxicomanie
Centre Ottawa-Carleton de vie autonome

Denis Landry **
Affectations spéciales
Commission sur les modes de vie axés sur la santé
Comité d'éducation sur la toxicomanie
Commission scolaire de Carleton

Dr S. M. Lena **
Pédiatre — Médecine pour adolescents
Josephine MacFadden *
Programme communautaire d'action
sur les jeunes toxicomanes

Mark Maloney, conseiller **
Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton
Président, Comité sur la santé (du conseil)

Bart Marcolini, Président *
United Transportation Union (Ottawa)

Jean-François Milotte
Président du conseil d'administration
Maison Fraternité

Georges Morin **
Porte-parole régional
Association ontarienne pour le rétablissement des toxicomanes
Région Est

J.R. Riopelle **
Directeur général
Centre Gateway
Vice-président
Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario (ADRAO)

C. Alexa Smith *
Conseillère en traitement de la toxicomanie
Serenity Renewal for Families (Ottawa)

Jean Sorensen **
Planification des services résidentiels
et Bill Rooney
Superviseur, Services résidentiels de soutien
Division des services sociaux
Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton

Roger Thomas, M.D. Ph. *
Professeur adjoint de médecine familiale
Faculté de médecine de l'université d'Ottawa

Michael Wall **
Directeur
Centre de rétablissement d'Ottawa

Paul Welsh *
Directeur général
Institut Rideauwood

Dr Alan Wilson **
Hôpital Royal d'Ottawa

WEST BAY — MÉMOIRES DU MARS 21

Chef Max Assinewai, *
Chefs et conseils unis de Manitoulin

Jane Bauer, M. S. S. **
Directrice
Services des cliniques communautaires
Réseau Nord / Groupe communautaire pour la santé mentale

Kathy MacLeod-Beaver *
Représentante de la santé de la première nation d'Adelville
Collectivité ojibway (Roseneath)

Linda M.O. Erskine **
Chef de programmes
Communauté FOCUS de West Bay

Verzella Jeffkins **
Citoyenne

Révérend Iain MacDonald **
Président
Commissaire, commission scolaire de Manitoulin
et président du comité sur la toxicomanie

Daniel Manitowabi **
Directeur de clinique
Clinique de santé mentale de Nadmadwin
Programme antidrogue *WIIDSEMSHINAANG* (Cheminez avec nous)

Peter Manitowabi **
Directeur
Centre *Rainbow Lodge* de Wikwemikong

Arthur McCord **
Coordonnateur, toxicomanie familiale
Centre pour la famille d'Elliot Lake

Mary Nelder **
Directrice
Centre Haven de Manitoulin

Chef Stewart Roy **
Bande de la première nation de West Bay

Don Trudeau ***
Centre de traitement Anishnabie-Naadmagi-Gamig (Blind River)

Chef Norma Fox Wagosh *
Première nation de l'île de Cockburn

SUDBURY — MÉMOIRES DU 22 MARS

Dan Bagley **
Coordonnateur
Coalition antidrogue FOCUS de North Bay

Dough Basha ***
Métallurgistes unis d'Amérique, local 6500

E. C. **
Citoyen

Peter Desotti **
Citoyen

Bob Dunlop **
Président
et Jack Clervier
Comité ad hoc du centre Vitaway

Kathrine Eckler **
Directrice de programmes
Services aux toxicomanes de Nippissing
Centre communautaire d'orientation de Nippissing

Michael Fairhart **
Coordonnateur
Information et planification,
et Marie Hill, infirmière, Recherche et éducation
Hôpital psychiatrique de North Bay

Roger et Roberta Floyd **
Membres de Parents contre les drogues

Barbara Frohlick **
Citoyenne

Greg Howse *
Directeur général
Centre de services d'aide de Simcoe-Barrie

Kathryn Irwin-Seguin, C.A.C. *
Directrice générale
Robins Hill Aftercare Services Inc.

Louise Johnson *
Directrice générale
Hôpital général St. Joseph's (North Bay)

Marlene Johnson **
Citoyenne

Soeur Mae Kierans **
Directrice Centre de traitement Camillus
Hôpital général St. Joseph's

Eugene Kiviaho **
Directeur de programmes
Centre de traitement et de rétablissement
Armée du Salut

Lois Krause *
Vice-présidente
Programmes communautaires, Centre Plummer
Hôpital public de Sault Ste. Marie

Raymond M. Landry *
Directeur général
La maison Arc-en-ciel
Centre de réhabilitation du Nord de l'Ontario Inc.

Suzanne Morassut **
Directrice générale
Parents contre les drogues

Jim Park **
Centre d'action pour les jeunes

Michael Park *
Chef de la direction
Réseau Nord
Groupe communautaire pour la santé mentale

Frank H. Parkhouse *
Chef de police adjoint
Président — Comité sur la toxicomanie de
l'Association des chefs de police de l'Ontario

Dr Kate Pautler *
Planification en matière de santé
Conseil régional de santé de Muskoka
Parry Sound

Dave Pope **
Président
Clinique de santé mentale Espanola
Comité communautaire consultatif

Gene Quinn **
Coordonnateur
Services E.A.P., Centre de santé communautaire
Sault Ste. Marie

John V. Rimore **
et soeur Gemonne Bigras,
coordonnateurs de programmes
et Garry Briscoe, directeur général,
Société John Howard de Sudbury

Dagmar Sandy *
Réserve indienne de l'île de Christian
Étudiant au collège Mohawk (Brantford)

Ernie Zivny ***
Club des Lions de Whitefish

THUNDER BAY — MÉMOIRES DU 26 MARS

Alan T. Bedard **
Conseiller, quartier n° 1
Corporation — Municipalité de Fort Frances

David Belrose *
Coordonnateur en éducation
ACT,
Comité de Thunder Bay sur le sida

D. Bevilaqua *
Directeur régional
Ministère des Services correctionnels
Services de probation et de libération conditionnelle
de Thunder Bay

Bonnie Boubold **
Coordonnateur de programmes
Centre de traitement Pineview (Minnesota, É.-U.)

Elizabeth Cowley *
Coordonnatrice du programme de traitement de la toxicomanie
Hôpital psychiatrique Lakehead

Nancy Doetzel **
Conseillère en alcoolisme

Joan Gale-Ewen **
Cabinet-conseil John Gale en toxicomanie

James Grant **
Superviseur
Services d'orientation en santé mentale à l'intention
des enfants du Nord de l'Ontario

Shelley Ireland *
Counseillère en toxicomanie
Services communautaires de toxicomanie Riverside (Fort Frances)

Carla Kilner et Fred Grozelle **
Boise Cascade Canada Ltd.
Division du papier impression et emballage
Programme d'aide aux familles des employés

Darlene J. Laboucane **
Coordonnateur régional
P.U.S.H. Nord-Ouest (Union d'entraide)

Teresa Legowski **
Agente de recherche et de développement
Services de vie autonome de Thunder Bay

Ann M. McDowell **
Personnel
Église unie St. Pauls
Coalition contre la toxicomanie et pour la vie autonome
de St. Pauls

Chef Calvin Morrison **
et Vern Stevenson
Citoyens de la collectivité de Fort Frances
Programme *Flying On Your Own* (Planez de vos propres ailes)

Geraldine Roberts *
Travailleuse communautaire
Coalition communautaire FOCUS de Sault Ste. Marie

Don Shackel **
Conseiller en toxicomanie
Région de Sioux Lookout

Chef Douglas Sinoway ***
Première nation de White Sand
et membre du centre de santé et de traitement Weedahmagin,
et Elsie King, directrice générale du
centre de traitement de la toxicomanie

M. J.O. Thompson **
Directeur
Services communautaires en toxicomanie Riverside (Fort
Frances)

Joe Virdiramo **
Porte-parole des citoyens de Nipigon-Red Rock

Arend Visser *
Directeur général
Services communautaires d'orientation Anishinabeg (Fort
Frances)

Carl White **
Directeur général
Hôpital général St. Joseph's
et Fred Baker, conseiller
Programme de traitement de la toxicomanie de la clinique Smith
(Sault St. Marie)

ST. CATHARINES — MÉMOIRES DU 5 AVRIL

Al Baker **
Comité de mobilisation des services de toxicomanie

Alan R. Baker *
Directeur
Centre de traitement de la toxicomanie (Niagara)

Paul Beaumont *
Président
Sous-comité de services de toxicomanie
Haliburton, Kawartha & Pine Ridge (Peterborough)

Joe Bouchard **
Représentant national
Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) (Toronto)

David Bowan **
Directeur général
et David D. Day, directeur adjoint
Services à la jeunesse KURIOU (Toronto)

Joseph N. Burkholder *
Médecin hygiéniste
Services régionaux de santé de Niagara

Père Carparelli *
Projet CARITAS (Toronto)

Loraine Chapman *
Présidente
Directeurs généraux des centre de désintoxication
de l'Ontario (Hamilton)

Sylvia Green **
Conseil E.A.P. (Niagara)

Sandy Groves *
Fondateur, Relations publics
Programme de soutien des parents de St. Catharines

Jeannette Hay **
Directrice nationale
DITES NON AUX DROGUES, OUI À LA VIE

Jacquie Herman ***
Conseillère E.A.P. (Niagara)

Timothy L. Hill *
Président
Comité directeur des réseaux ruraux de l'Ontario
et directeur des services de santé mentale
Centre régional de santé Grey-Bruce (Owen Sound)
William R. Hoffard *
Trésorier
Bureau du trésorier (Stratford)

Lisa Horvatek *
Travailleuse sociale
et Fraser Steward, chef de la direction
Comité de Niagara sur le sida

Don Jaffray *
Président
Sous-comité de coordination et de planification des services
Conseil de recherche et de planification sociales de
Hamilton et des environs

James Lawrence **
Président et chef de la direction
et Jeffrey Stein
Conseillers, Phoenix Alcohol and Drug Consultants Inc.
(Peterborough)

Père Lombardi **
Groupe de travail multiconfessionnel de l'Ontario (Toronto)

George McPherson *
Citoyen (St. Catharines)

Norma Medulun, C. A. C. *
Directeur
Centre de désintoxication pour femmes, hôpital Hôtel-Dieu

Ruth Morris **
Centre Ritten

Dave Rourke et Paul Sage **
Hugs and Hope Inc. (Niagara on the Lake)

Ron Shaw *
Directeur général
Conseil régional de santé du comté de Kent (Chatham)

Pete Sheehan **
Citoyen (St. Catharines)

Jessica L. Summers *
Nation oneida de la Thames
Étudiante au collège Mohawk
Cours d'introduction à la toxicomanie

Mark Taylor **
Président
Fondation de la recherche sur la toxicomanie

Shirley Vollick *
Directrice Hôpital public général
Programme de toxicomanie du comté de Kent (Chatham)

Rob West **
Représentant du personnel
Services communautaires de la main d'oeuvre du Toronto
métropolitain

Gary N. Zalot *
Directeur général
Conseil régional de santé de Niagara (Fonthill)

Peter Zien *
Coordonnateur de l'orientation et de l'information
Centre de vie autonome de Niagara

KENORA — MÉMOIRES DU 19 AVRIL

Phyllis Anderson **
Présidente
Comité consultatif sur les programmes en matière d'alcool
de Red Lake et Ear Falls,
et Iver N. Torgerson, directeur
Services de santé mentale des adultes de Red Lake et Ear Falls

Dr Ed Connors et Patricia Copenace **
Sacred Circle / Flying On Your Own

Rosalyn Copenace, coordonnatrice, **
Irene Bergman, conseillère en toxicomanie
Services d'orientation de Kenora en matière de toxicomanie
Hôpital Lake of the Woods

Randy Councillor **
Centre Alpha Delta Chi
Centre de désintoxication de Kenora
Hôpital Lake of the Woods

Roseanna Councillor ***
Directrice des services aux personnes dépendantes des solvants
au moyen de méthodes traditionnelles
Hôpital Lake of the Woods

Ralph Johnson **
Président du conseil
OH-SHKI-BE-MA-TE-ZE-WIN Inc.

Dr J. Ledger **
Directeur psychiatrique
et David Novak, M. S. S., conseiller en service social
Directeur des services sociaux
Hôpital Lake of the Woods

Ashley Moss *
Conseillère en toxicomanie
Hôpital général régional de Dryden

David Novak, M. S. S., C. S. S. *
Directeur
Services sociaux
Hôpital Lake of the Woods

Alfred Oshi ***
Coordonnateur local, PNLAADA

Adelheid Ruppenstein ***
Coordonnateur de programmes
et Garry Countes, directeur général
Services d'orientation et d'éducation (Frances)

Alison Shpirko-Welley ***
Superviseure clinique
Centre de développement de l'enfant
Hôpital Lake of the Woods

Colin Wasacase ***
Services familiaux ojibway

BRAMPTON — MÉMOIRES DU 29 AVRIL

Six résidants OCI

Personnel OCI :
David Maben, Coordonnateur, Services de traitement
Catherine Maunsell, Travailleuse sociale principale
Reg Reynolds, Psychologue principal

Agents OCI :
Ian Capewell
Kasey De Haas
Linda Lemieux

Sept résidants du centre Vanier

Personnel de traitement du centre Vanier :
Grant Coulson, psychologue

AUTRES MÉMOIRES

Mary Compton *
Directrice des relations avec les patients
Hôpitaux H.C.A. Peninsula et Belle Park Hospital (Hampton, Virginie, É.-U.)

M. Helm *
Citoyen

Martin B. Spray, D. M., R. Psych. *
Directeur général
Victoria Life Enrichment Society (Victoria, Colombie-Britannique)

ANNEXE F

GLOSSAIRE DES TERMES DU RAPPORT

(a) Tout au long du présent document, sauf indication contraire, le terme «rapport» désigne uniquement le rapport *Une perspective pour les années 90.*

(b) Partout où le mot «recommandation» apparaît en caractères gras, il désigne les recommandationscontenues dans le rapport *Une perspective pourles années 90.*

(c) «Groupe de travail», «comité consultatif» et «comité» désignent le comité d'adjoints parlementaires irigé par le député George M indication contraire.

(d) «Comité consltatif» désigne le Comité consultati' sur le traitement de la toxicomanie, présidé par Garth Martin, sous la responsabilité du ministre délégué à la Stratégie antidrogue. Le «Comité consultatif» a rédigé le rapport *Le traitement des problèmes d'alcool et de drogues en Ontario : une perspective pour les années 90.*